

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 123

Travail de la Clinique gynécologique
du Professeur E. Villard

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS LES
ANNEXITES BILATÉRALES

Statistique inédite (112 cas). -- Résultats éloignés.
Indications opératoires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 22 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LABRY

Interne des Hôpitaux

Né à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire), le 26 Novembre 1895



LYON

imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

DES OPERATIONS CONSERVATRICES
DANS LES ANNEXITES BILATERALES
Statistique inédite (112 cas) — Résultats éloignés.
Indications opératoires.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 123

Travail de la Clinique gynécologique
du Professeur E. Villard

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS LES
ANNEXITES BILATÉRALES

Statistique inédite (112 cas). -- Résultats éloignés.
Indications opératoires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LABRY

Interne des Hôpitaux

Né à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire), le 26 Novembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLONG (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président ; BERARD, assesseur

PATEL et TAVERNIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE DOCTEUR CHARLES LABRY

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. VILLARD

En témoignage de notre vive et très sincère affection.

Nous avons pu apprécier à la fois la valeur de son enseignement clinique si clair, et aussi, malade nous-même, sa bienveillance et la bonté de son cœur : nous avons pour lui non seulement la respectueuse admiration d'un élève, mais encore une grande reconnaissance.

Qu'il veuille recevoir ici la faible expression de notre entier dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Dont nous nous félicitons d'avoir été l'élève, et dont l'amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie. Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous fait, en acceptant d'être notre juge, et nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PATEL

Nous n'oublierons pas le semestre fructueux et très agréable que nous avons passé auprès de lui, ni les marques de sympathie bienveillante qu'il nous a souvent prodiguées. Qu'il soit assuré de notre profond attachement.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. TAVERNIER

Nous avons l'honneur de faire partie de ses élèves : nous lui sommes parfaitement reconnaissant de ses précieuses leçons et de l'intérêt qu'il veut bien nous porter. Nous tenons à lui renouveler ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat :

MM. LE DOCTEUR DUMAS
LE PROFESSEUR MOURIQUAND
LE PROFESSEUR PAVIOT
LE PROFESSEUR VILLARD
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY
LE DOCTEUR PLAUCHU

Internat :

MM. LE DOCTEUR DUMAS
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER
LE PROFESSEUR BERARD
LE PROFESSEUR PATEL
LE DOCTEUR DELORE
LE PROFESSEUR VILLARD
LE PROFESSEUR TIXIER

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ :

MM. LE PROFESSEUR LATARJET
(*Laboratoire d'Anatomie*)
LE PROFESSEUR VILLARD
LE PROFESSEUR PATEL
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNET
(*Laboratoire de Chirurgie opératoire*)

Publications antérieures.

- De la tension artérielle chez les vieillards au-dessus de 70 ans. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 avril 1923, in *Lyon Médical*, 10 sept. 1923. (En collaboration avec M. le Docteur A. DUMAS et Mlle CHEVASSUS.)
- De la tension artérielle chez les hémiplegiques. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 avril 1923, in *Lyon Médical*, 10 sept. 1923. (En collaboration avec M. le Docteur A. DUMAS et Mlle CHEVASSUS.)
- Pieds creux et lésions congénitales. *Soc. Chir.*, 24 mai 1923, in *Lyon Chirurgical*, N° 6, 1923, t. XX. (En collaboration avec M. le Docteur LAROYENNE.)
- Luxations rares du coude. Luxation du coude irréductible. *Soc. Chir.*, 22 nov. 1923, in *Lyon Chirurgical*, 1924, t. XXI, p. 100. (En collaboration avec M. le Docteur LAROYENNE.)
- Torsion du grand épiploon. *Soc. Nat. de Médecine et des Sc. Méd. de Lyon*, 23 janv. 1924, in *Lyon Méd.*, 22 juin 1924. (En collaboration avec M. le Docteur TAVERNIER.)
- Fractures de l'apophyse styloïde du péroné avec dislocation du genou. *Soc. de Chir.*, 21 février 1924, in *Lyon Chir.*, 1924, t. XXI, p. 513. (En collaboration avec M. le Docteur PERRIN.)

- Forme anormale de rupture tubaire. Type épigastrique. *Soc. Nat. de Médecine et des Sc. Méd. de Lyon*, 12 mars 1924, in *Lyon Méd.*, 31 août 1924. (En collaboration avec M. le Docteur Ph. ROCHET.)
- Corps étrangers de la vessie. Prolapsus rectal secondaire. *Soc. de Chir.*, 10 avril 1924, in *Lyon Chir.*, t. XXI, p. 615. (En collaboration avec M. le Docteur TAVERNIER.)
- Tumeur récidivée de l'aisselle et du bras gauche : désarticulation de l'épaule ; examen histologique imprécis. *Soc. Nat. de Médecine et des Sc. Méd.*, 25 juin 1924, in *Lyon Méd.*, 7 déc. 1924, p. 744. (En collaboration avec M. le Professeur BÉRARD et M. CREYSSEL.)
- Lithiase rénale bilatérale, pyélotomie double. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, nov. 1924, in *Lyon Méd.*, tome CXXXIV, 1924, p. 114 (En collaboration avec MM. WERTHEIMER et CREYSSEL.)
- Abcès du foie rompu spontanément. Péritonite. Guérison par l'intervention suivie d'un traitement à l'émétine et à l'arsenic. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 10 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 15 mars 1925, p. 324. (En collaboration avec M. RICARD.)
- Appendicite à gauche ayant déterminé un syndrome rectal. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 24 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 5 avril 1925, p. 433. (En collaboration avec M. WERTHEIMER.)
- Fistule urétérale post-opératoire, guérie à la suite d'un cathétérisme urétéral. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 3 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 15 février 1925, p. 192. (En collaboration avec MM. WERTHEIMER et CREYSSEL.)
- Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation ; présentation de malades, d'instruments et de radiographies. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 29 mars 1925, p. 402. (En collaboration avec M. le Docteur PATEL.)

Résection de l'acromion pour ostéite. Bons résultats fonctionnels. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 déc. 1924, in *Lyon Médical*, 29 mars 1925, p. 403. (En collaboration avec M. le Docteur PATEL.)

Corps étranger du ménisque interne du genou simulant une luxation méniscale. *Soc. Nat. Méd. et des Sc. Méd.*, 14 janvier 1925, in *Lyon Médical*, 3 mai 1925, p. 546. (En collaboration avec M. le Professeur BÉRARD et M. CREYSSEL.)

Bacillose du tarse antérieur. Amputation tibio-calcanéenne. in *Lyon Médical*, 10 mai 1925, p. 574. (En collaboration *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 21 janvier 1925, avec M. le Professeur PATEL.)

Volumineux fibrome dégénéré. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 février 1925, in *Lyon Médical*, 28 juin 1925, p. 791. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)

Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation. Résultats éloignés, consolidés. Présentation de malades et de radiographies. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 mars 1925, in *Lyon Médical*, 9 août 1925, p. 165. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)

Large déchirure du vagin au cours de la défloration. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 25 mars 1925, in *Lyon Médical*, 6 sept. 1925, p. 288. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)

Ostéome d'origine traumatique pédiculé sur l'épine iliaque antéro-supérieure. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1^{er} avril 1925, in *Lyon Médical*, 20 sept. 1925, p. 349. (En collaboration avec MM. PATEL et ROLLET.)

Paralysie durable du plexus brachial après anesthésie régionale pratiquée pour phrénicotomie. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 22 avril 1925, in *Lyon Médical*, 11 oct. 1925, p. 437. (En collaboration avec MM. WERTHEIMER et CHAVENT.)

- Kyste dermoïde de l'ovaire avec maxillaire et nombreuses dents inclus. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 29 avril 1925, in *Lyon Médical*, oct. 1925, p. 464. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)
- Fibrôme rouge volumineux. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 29 avril 1925, in *Lyon Médical*, oct. 1925, p. 464. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)
- De l'hémicolectomie droite après dérivation interne. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 20 mai 1925, in *Lyon Médical*, 25 oct. 1925. (En collaboration avec MM. X. DELORE et COMTE.)
- Coexistence d'un ulcère cardiaque et d'un ulcère pylorique gastrostomie et gastro-entérostomie. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925, in *Lyon Médical*, 8 nov. 1925. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Cysto-sarcome du sein. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 mai 1925, in *Lyon Médical*, nov. 1925. (En collaboration avec MM. ALAMARTINE et H. COMTE.)
- A propos d'un cas d'adéno-fibrôme bilatéral du sein. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 4 juin 1925, in *Lyon Médical*, nov. 1925, p. 596. (En collaboration avec M. PATEL.)
- Au sujet d'un cas autochtone d'abcès dysentérique du foie. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 10 juin 1925, in *Lyon Médical*, 29 nov. 1925, p. 653. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Fractures de l'olécrane traitées par ostéosynthèse. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 18 juin 1925, in *Lyon Médical*, 6 déc. 1925. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Fracture du col de l'omoplate. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 24 juin 1925, in *Lyon Médical*, 20 déc. 1925, p. 743. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)

- Bacilliose iléo-cœcale avec présence de trichocéphales :
Hémicolectomie droite. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1^{er} juillet 1925, in *Lyon Médical*, 3 janv. 1926, p. 12. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Fracture du crâne : Lésions de la voûte et de la base. Radiographies. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 1^{er} juillet 1925, in *Lyon Médical*, 17 janvier 1926, p. 63. (En collaboration avec MM. GUILLEMINET et J. ROLLET.)
- Instrumentation et technique de l'ostéosynthèse (travail du service de M. le Professeur PATEL), article original paru in *Lyon Chirurgical*, août-septembre 1925. (En collaboration avec J. ROLLET.)
- De la thoracectomie étendue seul traitement des fistules pleurales rebelles (travail du service de M. le Professeur BÉRARD), article original paru in *Presse Médicale*, 19 septembre 1925. (En collaboration avec M. GUILLEMINET.)
- Contribution à l'étude des gros kystes fermés de l'ouraque, article original paru in *Généologie et Obstétrique*, t. XII, N° 6, déc. 1925. (En collaboration avec M. le Professeur PATEL.)
- Contribution à l'étude des gastrorragies de causes mal connues : « Estomac vasculaire pulsatile », article original paru in *Presse Médicale*. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.) Janvier 1926.
- Au sujet du traitement des rétrécissements des anus contre nature, article original paru in *Lyon Médical*, 22 nov. 1925. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Gros calcul de l'urètre antérieur. Tolérance parfaite pendant 20 ans. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 11 nov. 1925, in *Lyon Médical*, janvier 1926. (En collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)
- Volumineux hydrosalpinx à développement intraligamentaire. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.*, 17 février 1926. (En collaboration avec M. le Professeur VILLARD.)

A propos d'un volumineux fibrome sous-muqueux sphacélé.
Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd., 28 avril 1926. (En
collaboration avec M. le Professeur VILLARD.)

Au sujet de la grossesse angulaire, travail de la clinique
gynécologique, paru *in Lyon Médical*, mai 1926. (En
collaboration avec M. L. MICHON.)

Hémicolectomie droite après dérivation interne (sous presse,
en collaboration avec MM. X. DELORE et H. COMTE.)

Ulcère double bi-orificiel de l'estomac, article paru *in Lyon
Médical*, 1^{er} nov. 1925. (En collaboration avec MM.
X. DELORE et H. COMTE.)

Les fractures de l'extrémité supérieure du péroné. Etude
anatomoclinique. Recherches expérimentales (sous
presse *in Revue d'Orthopédie*. (En collaboration avec
M. le Docteur PERRIN.)

DES OPERATIONS CONSERVATRICES
DANS LES ANNEXITES BILATERALES
Statistique inédite (112 cas) — Résultats éloignés.
Indications opératoires.

INTRODUCTION

C'est pendant notre dernière année d'internat que ce sujet de thèse nous fut proposé par M. le Professeur E. Villard dont nous sommes fier d'être l'élève. A vrai dire, en commençant ce travail, nous avons eu quelques inquiétudes : la chirurgie conservatrice en gynécologie a déjà fait l'objet de nombreux travaux, mais malgré ses perfectionnements elle apparaît encore comme un idéal qui n'est pas toujours atteint; et les sourires d'indulgence que rencontra parfois notre enthousiasme se trouvaient loin d'être encourageants ! Et pourtant, actuellement, il n'y a guère qu'en gynécologie où le traitement radical par amputation se pratique encore systématiquement pour une tumeur bénigne ou pour des lésions inflammatoires, et sans nul doute, chercher à conserver les différentes fonctions de l'arbre génital féminin se présente comme un progrès normal dans l'histoire de la gynécologie.

Apparue du fait même des excès de la castration à outrance, la chirurgie conservatrice des annexes comme nous le verrons à propos de son historique, connut l'enthousiasme, puis elle aboutit aussi à des abus. De sorte qu'il semble qu'à l'heure actuelle elle accuse non pas une régression, mais bien un besoin de mise au point et la question demeure plus que jamais d'actualité : nous n'en voulons pour preuve que le fait qu'elle se trouve à l'ordre du jour d'un prochain congrès.

Examiner les différentes méthodes employées et particulièrement les procédés nouveaux, citer des résultats éloignés précis, comparer notre statistique à celles déjà publiées et essayer d'en dégager des indications nettes : voilà le but de ce travail. Pour cela, nous nous sommes livrés à une enquête détaillée au près de 230 opérées environ et nous avons pu colliger *112 résultats éloignés d'interventions conservatrices pour annexites bilatérales*. En effet, les statistiques antérieures et nos propres résultats nous ont fait limiter notre étude : les cas strictement unilatéraux donnent, à notre avis, des résultats constants et nous estimons qu'en présence d'une lésion annexielle bien refroidie, strictement unilatérale, chez une femme jeune, le principe de la conservation peut être admis par tous. Mais tout autre apparaît le problème en cas d'une annexite bilatérale : c'est là vraiment que la question se pose : « Faut-il conserver ? ou bien ne vaut-il pas mieux pratiquer une castration utéro annexielle ? » Pour y répondre, il faut apporter des faits précis, et c'est à ce titre que notre thèse peut présenter quelque intérêt.

Volontairement nous n'avons réuni que la *statistique personnelle de M. le Professeur Villard*, y compris les malades qui ont été opérées par son chef de clinique, le Docteur Louis Michon. Mais nous n'avons pas ajouté les observations qui nous ont été aimablement offertes, ni celles nombreuses que nous aurions pu rassembler parmi les diverses publications. Il nous semble en effet qu'une statistique homogène et inédite est préférable, chaque chirurgien contribuant par ses résultats et ses méthodes personnelles à déterminer la valeur et les indications de la chirurgie conservatrice. Cette dernière, à la Clinique gynécologique de Lyon, est au tout premier plan : c'est ainsi qu'en 1925, par exemple, nous notons 40 interventions conservatrices contre seulement 14 castrations pour annexites bilatérales. C'est à la suite d'une expérience déjà longue que M. le Professeur Villard en est arrivé là, et notre statistique, par son nombre relativement minime d'échecs, apparaît nettement favorable à cette évolution conservatrice : en effet, il ne faudrait pas réclamer des résultats absolus : bien souvent, surtout chez une femme jeune, le chirurgien, gêné par toutes sortes de considérations (âge, état social, désir de maternité, etc., ainsi que nous le verrons plus loin), doit pousser à l'extrême les indications et tenter une conservation dont il attend des résultats parfois douteux ; même dans ces cas « limite », la chirurgie conservatrice des annexes, si elle s'accompagne parfois d'échecs, donne aussi des résultats inespérés.

Nous remercions vivement M. le Professeur Villard de l'honneur qu'il nous a fait en nous demandant de

défendre ici des idées qui lui sont chères et nous nous excusons si ce travail ne reflète pas, ainsi que nous le désirerions, toute la bonté et la grande conscience professionnelle de celui qui l'a inspiré. M. le Professeur Tixier a bien voulu dès notre entrée dans sa clinique s'intéresser à notre thèse; nous tenons à le remercier ici pour sa bienveillance à notre égard et pour les conseils judicieux qu'il nous a donnés. Nous désirons aussi témoigner notre gratitude à tous ceux qui nous ont aidés soit en nous fournissant des documents, soit en nous donnant des avis, des explications ou leur aide, particulièrement MM. les Professeurs agrégés Tavernier et Cotte et MM. les Docteurs Quincieux et Pellanda; plus spécialement nous exprimons bien sincèrement à notre ami le Docteur Louis Michon notre vive reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour nous. Enfin, Mlle A. Butavent, externe des Hôpitaux, a bien voulu illustrer la thèse de son conférencier : nous n'aurions garde d'oublier ici cette très aimable attention.

Rappel Historique.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet de la chirurgie conservatrice des lésions annexielles, mais il nous semble que la question a déjà suffisamment évolué pour qu'on puisse, avec le recul nécessaire, en distinguer les principales étapes et préciser quelles sont les orientations actuelles.

Jusqu'en 1872, la thérapeutique des annexites est purement médicale : les cataplasmes, les injections, les tampons, les vésicatoires et surtout l'expectative en sont les principaux facteurs.

La seconde période, chirurgicale, date de la deuxième moitié du siècle dernier et coïncide avec l'apparition de l'ère antiseptique : Lawson Tait, le premier, enleva directement par laparotomie des annexes malades et exposa les indications et le manuel opératoire de l'intervention qui porte son nom; en France, Pozzi, Routier, Terrillon suivirent les premiers son exemple. Signalons quelques années plus tard l'apparition à Lyon de la colpotomie de Laroyenne qui, après avoir joui d'une grande vogue, vit peu à peu ses indications se restreindre et se préciser; puis Péan imagine l'hystérectomie vaginale dans les annexites;

pour permettre l'évacuation plus facile des suppurations pelviennes il faut supprimer « la bonde » fermant la cavité abdominale. Segond devient bientôt un habile défenseur de cette méthode, qui fait à cette époque de très nombreux adeptes parmi les chirurgiens européens.

Enfin, combinant l'opération de Lawson-Tait à celle de Péan, Polk, chirurgien de New-York en 1892, semble avoir pratiqué la première castration utéro-annexielle totale pour annexite suppurée. L'hystérectomie abdominale prend alors rapidement une vogue considérable; perfectionnée et préconisée en France par Richelot, Terrier, Delagenière, Doyen, J.-L. Faure, elle détrône peu à peu l'hystérectomie vaginale. Elle apparaît alors séduisante, donnant une sécurité totale et une guérison définitive. Il en résulte une période de castration à outrance, dont les excès mêmes devaient amener une réaction. De cette réaction est née la chirurgie conservatrice.

En effet l'avenir physiologique des opérées commence à inquiéter, les troubles de la ménopause post-opératoire sont étudiés et de tous côtés les abus de la castration sont signalés : Doléris écrit, en 1892, un article véhément intitulé : « Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice »; Mundé déclare « qu'il serait heureux s'il pouvait amener la jeune génération à user moins du bistouri et à conserver à la femme ses organes », et peu à peu apparaissent des interventions, dites conservatrices, en même temps que se perfectionnent l'asepsie et la technique chirurgicale.

Les premiers essais datent environ de 1884 et consistent en de simples libérations : en Allemagne, Schröder, Skutsch, Martin; en Amérique, Murphy, Polk; en France, Terrillon, Lucas-Championnière semblent être les principaux parmi les premiers conservateurs. Et dès lors de nouvelles méthodes opératoires apparaissent et se perfectionnent :

Polk, en 1887, indique son procédé de libération des adhérences.

Mundé, la même année, préconise l'expression et le cathétérisme tubaire.

Skutsch, en 1889, fait la première salpingostomie, cas heureux suivi de grossesse.

En 1891, Martin, de Berlin, présente au Congrès allemand de gynécologie 24 salpingostomies.

Peu après, Delbet pratique avec succès la première salpingostomie faite en France.

Et déjà de nombreuses statistiques se montrent favorables à la chirurgie conservatrice : Dudley rapporte 103 opérations conservatrices faites de 1887 à 1898; Pozzi publie 62 opérations conservatrices sur l'ovaire (Delaunay, Th. Paris 1893). Les thèses de Chavin (1895), d'Ayrolle (1896) inspirée par Clado qui préconise la salpingo-ovarosyndèse, de Blagny (de la Salpingostomie avec ovariectomie partielle, Paris 1899), la thèse de Montana (Paris 1899), la thèse lyonnaise de Jarsaillon inspirée par Goullioud, nous montrent les progrès accomplis en France. Dès lors, ces opérations sont connues et discutées dans les différentes Sociétés de chirurgie et dans les congrès : à Madrid, en 1903, la chirurgie conservatrice est défendue dans les rap-

ports de Treub et de Fargas; Tuffier, en 1903, rapporte une trentaine d'observations de salpingectomies bilatérales avec conservation d'ovaire; en 1907, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris, la conservation des ovaires après hystérectomie est discutée : Doléris, Delbet, Lepage condamnent cette conservation ovarienne, soutenue par contre par Lequeu et Schwartz. De Rouville, au Congrès d'obstétrique de Toulouse, en 1910, cite 32 cas de castration unilatérale et de résection large de l'ovaire de l'autre côté, suivis de trois grossesses; les thèses de Montpellier : Py (1909), Remussat (1911), Robert (1912), ses élèves, vantent les opérations conservatrices; Auguste Pollosson, à Lyon, est également un ardent « conservateur »; la thèse d'Armand (Lyon 1911) rapporte les résultats éloignés de 46 opérations conservatrices; la thèse de Denave (Lyon 1912) rapporte les succès après salpingostomies; enfin, la thèse de Convert (Lyon 1914) cite les résultats éloignés dans la chirurgie conservatrice des salpingo-ovarites et constitue un travail important. Les thèses d'Olivier (Lyon 1912) et de Mlle Bonnaud (Lyon 1913), inspirées par Patel, sur la tuberculose annexielle, rapportent quelques observations d'intervention conservatrice et fixent les indications dans les cas de bacillose.

De même, à l'étranger, l'idée de la chirurgie conservatrice fait des progrès. C'est ainsi qu'au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg, en 1910, les chirurgiens russes et allemands lui sont favorables. Au Congrès de la Société d'obstétrique de France (Paris 1912), Funck-Bren-

tano et Plauchu, dans leur rapport sur le traitement de la stérilité, encouragent la chirurgie conservatrice : « en dehors de toute considération sociale et nationale, c'est un véritable devoir de ne pas priver la femme des organes pouvant lui donner des espérances de maternité ». Et ainsi on peut conclure que, dans une deuxième période, la chirurgie conservatrice des annexites, née de l'abus même des castrations, apparaissait comme un idéal chirurgical progressivement atteignable. Elle devait en partie subir un sort analogue.

En effet, en même temps que se multipliaient les interventions partielles, en même temps apparaissaient leurs inconvénients : les indications étant peu précises, les résultats éloignés n'étaient pas toujours excellents; les récurrences avaient lieu, condamnant la méthode, et dès 1910 on assiste à la lutte entre « conservateurs » et « anti-conservateurs »; c'est ainsi qu'à cette époque, si Tuffier, Legueu, Terrier, Delbet, sont en France partisans de la conservation, Routier, Segond, Reclus restent fidèles à la castration. Des deux côtés on apporte des arguments sérieux; les résultats éloignés prennent de plus en plus d'intérêt, car il apparaît nettement que toute la question consiste dans des indications opératoires nettement formulées. Et ainsi la chirurgie conservatrice annexielle accuse, ces dernières années, peut-être une légère réaction salutaire; nous assistons à une troisième phase de son histoire; *nous vivons une période de mise au point de la question.*

En effet, après les années de guerre, pendant les-

quelles les questions gynécologiques ont forcément passé au second plan, la chirurgie conservatrice en gynécologie est revenue d'actualité, sans doute plus particulièrement en France où se pose le problème de la natalité. D'autre part, tous les auteurs insistent sur les troubles de la ménopause chirurgicale; l'ovaire, en tant que glande endocrine, est très étudié au point de vue histologique et physiologique : on souligne l'intérêt qu'il y a de conserver la menstruation.

L'ovaire, laissé in situ après hystérectomie, apparaît une manœuvre inutile et parfois dangereuse (Graves Surg. gyn. and obst., sept. 1917, Max Cheval, Société belge gyn. et obst. 1921). L'ignipuncture de l'ovaire est abandonnée au profit de la résection partielle. De nombreux chirurgiens insistent sur la nécessité de conserver l'irrigation et l'innervation de l'ovaire si on veut obtenir son rendement physiologique et éviter une dégénérescence ultérieure : il faut conserver une partie suffisante de muqueuse utérine pour maintenir la menstruation chaque fois qu'il est possible. Les hystérectomies subtotaux hautes, les « utriculoplasties » des auteurs américains avec conservation ovarienne s'inspirent de ces données nouvelles. De même l'hystérectomie fundique tend à prendre une place importante dans la chirurgie conservatrice des annexes : c'est Beuttner, en 1908, qui le premier en a bien fixé les indications et la technique.

De nombreuses statistiques et publications, dont nous reparlerons, ont vanté ses résultats (Robert d'Ernst, 1918; Schmid, Arch. für gyn., fasc. 1, 1921; Lecène et Gaudart d'Allaines, Journal chir., juin 1922;

H. Hartmann, Gyn. et obst., 1922; Résultats éloignés : Kovatchevitch, Th. Paris 1924) pour ne citer que les travaux récents les plus importants.

En même temps, les greffes ovariennes ont pris, ces dernières années, une vogue considérable: Chrobak, le premier, en eut l'idée et R. T. Moriss, en 1895, pratiqua la première greffe. Mais ces faits furent tout d'abord surtout du domaine expérimental. Les travaux de Fr. Martin à l'étranger, de Mauclaire, Tuffier, Delagenière, de Rouville en France, leur ont donné une valeur pratique de plus en plus nette. Les autogreffes ovariennes pariétales, épiploïques, intra-utérines sont les plus employées. Leurs résultats sont très encourageants. Tuffier (1921), à propos des résultats éloignés, sur 73 opérées revues, constatait 56 cas dans lesquels la menstruation avait subsisté; Blair Bell, de Liverpool (*The Lancet*, 1920), sur 99 greffes note 66 % de cas où les règles se sont produites. Des observations à la suite d'interventions itératives ont montré la vitalité des greffes (de Rouville, Z. Rhéaume, Thévenard). Sans doute de nombreux échecs ont été signalés; les menstruations obtenues souvent sont passagères et ne durent que deux à trois ans; cependant, les résultats obtenus sont déjà très intéressants et à retenir au bilan de la chirurgie conservatrice.

Les greffes ovariennes ou mieux les transplantations intra-utérines ont en outre la prétention de permettre aussi la grossesse. A ce sujet, signalons l'article de H. Hartmann (Gyn. et obst. 1925) et rappelons la statistique de Tuffier : 29 cas avec une grossesse consécutive menée à terme, et la très belle statistique de

W. L. Estes qui, sur 27 cas, comprend 7 grossesses, dont 4 menées à terme.

Enfin, ces dernières années, des méthodes nouvelles d'exploration annexielles sont apparues; nous en ferons plus loin l'exposé. Venant au secours de la clinique, elles aident au diagnostic exact particulièrement des lésions intra-tubaires; aussi pourront-elles fixer mieux les indications opératoires conservatrices. Nous faisons allusion au pneumo-péritoine avec radiographie des annexes, à l'insufflation intra-tubaire ou méthode de Rubin, enfin et surtout, aux injections intra-utérines de liquide opaque aux rayons X; celles-ci, pratiquées d'abord en Amérique par Kennedy, avec une solution de bromure de sodium, puis avec du lipiodol, ont déjà donné, avec Carlos Heuser, P. Mocquot, Grégoire, Cotte, à Lyon, des résultats fort intéressants que nous citerons plus loin.

Ainsi, la chirurgie conservatrice des lésions annexielles continue à progresser : des interventions, des méthodes nouvelles apparaissent. Si l'enthousiasme a pris fin, c'est que les indications des interventions conservatrices se limitent. Le traitement médical, la castration doivent garder une grosse place dans la thérapeutique des annexites, mais cette place doit être précisée. Il faut être éclectique avec discernement. A ce sujet, les statistiques de résultats éloignés sont capitales : les cas publiés par E. A. Bullard, par Aldridge (1923), par Werner et Stiglbauer (1924), par Folke-Holtz (1925), ces dernières années, nous offrent des opinions variées de nationalités diverses. Elles permettront sans doute, ainsi que l'a

déjà tenté Rouffart à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique en 1921, une mise au point de la chirurgie conservatrice en gynécologie. C'est dans cette pensée que nous avons accepté d'établir la statistique des opérées de notre Maître, M. le Professeur Villard, et d'essayer de dégager les indications des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des différentes interventions conservatrices et de leurs indications particulières.

La chirurgie conservatrice a pour but de ménager, le plus possible, les fonctions physiologiques de l'organe auquel elle s'adresse. En gynécologie, il faudra par suite conserver ou restaurer les annexes pour permettre la persistance de l'ovulation, de la fécondation, de la menstruation, de la sécrétion endocrine et même de la copulation. Selon les cas, le résultat sera plus ou moins atteint, en totalité ou en partie, de sorte que nous pouvons classer les interventions en deux grandes catégories : dans l'une, la femme garde la possibilité de la maternité; dans l'autre, l'intervention n'a plus que le but de sauvegarder la menstruation ou même la sécrétion interne seule, cherchant ainsi à éviter les troubles de la ménopause chirurgicale. Nous

allons donc rapidement passer en revue les différentes interventions pratiquées selon le plan suivant :

I. — INTERVENTION PERMETTANT LA FECONDATION

- a) SUR LES OVAIRES : Ignipunctures. Ponction. Résection. Incision dans les ovarites. Ovariopexie. Ligamentopexie.
- b) SUR LES TROMPES : Salpingolysis. Libération du pavillon. Salpingorrhaphie. Salpingopexie. Dilatation, expression, aspiration tubaires. Salpingostomie. Salpingo-ovaro-syndèse. Amputation, résection, réimplantation de la trompe. Salpingotomie. Salpingectomie.
- c) LA CASTRATION UNILATÉRALE.

II. — INTERVENTIONS MENAGEANT LA SECRETION INTERNE DES GLANDES GENITALES.

- a) PERMETTANT LA MENSTRUATION :
 - Conservation de l'utérus et des deux ovaires.
 - Conservation de l'utérus et d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire.
 - Hystérectomie fundique avec conservation ovarienne.
 - Hystérectomie subtotale haute avec conservation ovarienne.

b) SUPPRIMANT LA MENSTRUATION :

Conservation des deux ovaires seuls.

Conservation d'une trompe et d'un ovaire seuls.

Conservation d'un ovaire seul.

Conservation de l'utérus avec une ou deux trompes.

Conservation de l'utérus seul.

III. — LES GREFFES OVARIENNES

a) PERMETTANT LA FÉCONDATION :

Greffes intra-utérines ou mieux, transplantations intra-utérines de l'ovaire.

b) PERMETTANT LA MENSTRUATION :

Greffes pariétales, intra-épiploïques, sous-cutanées, etc...

IV. — LES OPERATIONS COMPLEXES
OU COMPLEMENTAIRES

par exemple : myomectomie, appendicectomie surajoutées;

ou bien : ligamentopexie, hystéropexie complémentaires.

Bien entendu, il ne s'agit là que d'un plan destiné à nous faciliter l'exposé des interventions conservatrices, mais, en pratique, et surtout dans les lésions annexielles bilatérales, ces différents procédés se com-

binent, ainsi qu'on le verra lors de l'énumération de nos observations. Par exemple, le cas suivant : castration unilatérale, salpingolysis et salpingostomie de l'autre côté, suivies de ligamentopexie, se rencontre fréquemment. D'autre part, nous avons réuni les greffes ovariennes dans un chapitre spécial, bien qu'il eût été facile de les faire rentrer dans les deux catégories qui les précèdent, mais leur étude d'ensemble nous a paru préférable.

1, -- Interventions permettant la fécondation.

a) *Intervention sur les ovaires*

Très nombreuses sont les interventions conservatrices pratiquées sur les ovaires, car leurs aspects pathologiques sont multiples et, d'autre part, il est établi cliniquement et expérimentalement qu'un fragment minime d'ovaire suffit pour conserver la fonction de la glande, de sorte que leur chirurgie conservatrice peut être poussée à l'extrême. Ovaire adhérent, basculé ou bloqué dans le Douglas, ovarite suppurée, gros ovaire œdémateux, kystes de l'ovaire, hématomes de l'ovaire (Th. de Vigneau, Lyon), petit ovaire scléreux, dégénérescence micro-kystique, etc., voilà les principales lésions ovariennes que rencontre le chirurgien. Bien souvent, dans les lésions annexielles bilatérales, un côté est sacrifié, et l'intervention conservatrice porte sur l'ovaire jugé le moins malade, les lésions tubaires avoisinantes entrant en ligne de compte dans ce choix. Différentes opérations s'adressant à l'ovaire conservé peuvent alors être envisagées.

L'*ignipuncture* fut préconisée particulièrement par Pozzi et connut une grande vogue dans les cas d'ovaire micro-kystique. Mais cette méthode fut suivie fréquemment de mauvais résultats, soit qu'il persistait dans la suite un gros ovaire douloureux, soit que les lésions de sclérose cicatricielle étaient trop prononcées. De Rouville a dû réopérer ainsi huit malades pour gros ovaire douloureux. Nous avons personnellement fait la même constatation. D'ailleurs, de l'aveu même de Pozzi, l'*ignipuncture* doit être abandonnée et remplacée par la *résection*.

La première *résection* partielle de l'ovaire fut pratiquée par Schröder et fut suivie de grossesse : il s'agissait d'un kyste dermoïde; depuis, Martin, Pollack, Boursier, Humiston, Walther, Pollosson ont rapporté des cas ou des statistiques intéressantes de résections ovariennes suivies d'un pourcentage élevé de grossesses (Wather 24 %, par exemple). La résection apparaît la méthode de choix; elle s'adresse aux ovaires partiellement kystiques ou aux plaies ovariennes par arrachement lors des manœuvres de libération en cas d'adhérences; la suture doit être minutieuse et faite très aseptiquement avec un fin catgut si on veut éviter, dans la suite, la formation d'un nouveau kyste au lieu de suture, ainsi que l'a signalé Taylor, fait rare, mais reconnu par plusieurs chirurgiens (à Lyon un cas rapporté par Albertin, Société chir. Lyon, février 1912).

Lorsque le kyste est plus volumineux, l'*énucléation* nous apparaît être le procédé de choix en cas de kyste unique. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'une

résection partielle, spéciale, rendue facile par le plan de clivage formé par la poche kystique. Par contre, lorsque l'ovaire est farci de micro-kystes, on se sent désarmé et l'on conçoit l'ancienne faveur de l'ignipuncture dans ces cas; nous estimons, alors, que la conduite chirurgicale doit être la suivante : ou bien, abstention complète, ou bien, ponction simple au bistouri des petits kystes. Nous avons vu fréquemment notre Maître, M. le Professeur Villard, en cas d'ovaire polykystique, énucléer ou réséquer les kystes les plus volumineux et *ponctionner au bistouri* les tout petits kystes qui restaient.

En cas d'*ovarite suppurée*, la conduite générale consiste dans l'ablation de l'ovaire. Cependant, on trouve rapporté dans la thèse de Convert un cas de Lewis-C. Morris où l'ovarite fut *seulement incisée et drainée* : la trompe du côté opposé et l'utérus seuls avaient été conservés; une grossesse ultérieure se produisit néanmoins. Nous pensons que cette pratique peut, en certains cas, être conseillée et nous-mêmes en avons colligé une observation.

En somme, la chirurgie conservatrice ovarienne *a été et peut être poussée à l'extrême* : les greffes dont nous parlons plus loin en sont encore une preuve, de même les cas où un débris minime restant assure, contre toute attente, une fonction glandulaire normale. Aussi les statistiques de ces interventions sont excellentes : Humiston, par exemple, cité dans la thèse de Convert, note 27 % de grossesses consécutives; dans les échecs, les récidives kystiques sont à signaler et peut-être, à ce point de vue, dans

les ovaires polykystiques, les résections les plus étendues possibles sont-elles à conseiller. Par contre, l'ablation totale des deux ovaires ne doit être faite que rarement : Lewis-C. Moriss concluait : « Il ne faudrait jamais enlever deux ovaires à une femme, sauf en cas de tuberculose ou de cancer ».

Mais, en ce qui nous intéresse, bien souvent la lésion ovarienne apparaît secondaire par rapport à la lésion tubaire : l'ovaire est relativement respecté dans les annexites et, d'une façon générale, lorsque le chirurgien fait le bilan des lésions, ventre ouvert, et essaye d'être le plus possible conservateur, la lésion ovarienne ne le gêne guère en elle-même.

Le problème de la conservation ou de la restauration tubaire est autrement délicat.

b) *Intervention sur les trompes*

Très nombreuses aussi se trouvent être les lésions pathologiques présentées par les trompes de Fallope au cours des annexites; nous n'avons point l'intention d'en faire l'étude : salpingite aiguë, parenchymateuse, hydrosalpinx, hématosalpinx, pyosalpinx, grosse trompe basculée dans le Douglas incluse dans des adhérences de pelvipéritonite plastique; lésions résiduelles avec trompe scléreuse, kystique, oblitérée; pavillon tubaire adhérent à l'ovaire, adénomyome tubaire, etc., voilà, pris au hasard à travers nos observations, quelques-unes des lésions que nous rencontrons le plus souvent. Un fait anatomique domine tous ces aspects pathologiques : la trompe demeure perméable ou est oblitérée. Cette notion est capitale au

point de vue physiologique puisque, dans le deuxième cas, la fécondation est interdite. Aussi, le problème devient-il complexe : la chirurgie conservatrice de la trompe doit également tenter de devenir restauratrice.

L'acte chirurgical le plus simple consiste dans la *libération des adhérences ou salpingolysis*. Depuis longtemps, cette manœuvre a été employée avec succès. C'est ainsi que, dès 1885, Hadra, Mundé, Terillon, Polk se contentaient le plus souvent de libérer les adhérences et de cathétériser l'orifice tubaire. Polk, particulièrement, a prôné cette méthode, et dès 1887, rapportait à la Société d'obstétrique de New-York huit cas de salpingite chronique traités par la libération simple. Cette libération de la trompe doit être faite, vis-à-vis du péritoine pariétal, des adhérences viscérales et également vis-à-vis des adhérences tubo-ovariennes. Gouilloud, en rappelant ses résultats éloignés dans les annexites bilatérales, publie à la Société de médecine de Lyon (février 1914), un cas de grossesse consécutif à la simple libération d'une trompe oblitérée par accollement à l'ovaire, une castration ayant été pratiquée sur l'autre annexe. Il préconise nettement le procédé et ne peut s'empêcher de signaler la déception que lui ont causé les salpingostomies.

Bien souvent, la libération des adhérences n'est que le premier temps d'une intervention plus complexe : salpingostomie, salpingectomie... et même, dans le cas de périsalpingite pure, elle peut être suivie de *salpingorraphie* (fixation de la trompe à l'ovaire), ainsi que

l'a préconisé Pozzi en 1893, ou plus souvent encore, d'une fixation : soit la *salpingopexie* conseillée par J.-L. Faure, soit mieux, lorsque l'indication en est portée, une ligamentopexie ou hystéropexie. En effet, fréquemment il s'agit d'annexes prolabées et fixées dans le Douglas dont la libération doit être rendue efficace par une fixation. Il ne faudrait point croire, d'autre part, qu'une libération d'adhérences constitue un acte opératoire minime, simple dégagement tubaire de brides péritonéales lâches; parfois, l'opération est très laborieuse et dangereuse, étant donné le contact intestinal : il faut, en certains cas, « sculpter » la trompe pour la détacher d'un pelvis ou tous les viscères sont englobés par une pelvipéritonite plastique intense, de sorte que la libération tubaire apparaît, alors même qu'elle n'est qu'un premier temps opératoire, comme un acte chirurgical particulièrement délicat.

La trompe, une fois libérée, tout l'intérêt se porte sur son contenu ou sa perméabilité. Il est presque classique d'admettre qu'une trompe bien qu'ouverte, à contenu purulent, doit être enlevée. Peut-être ne faut-il pas être aussi absolu; la bilatéralité des lésions, la nature du pus, sont des conditions qui peuvent être favorables à la conservation unilatérale d'une trompe purulente. Dans ces cas, bien *ouvrir le pavillon tubaire*, le *cathétériser au besoin*, faire de *l'expression tubaire*, ainsi que le préconisait Mundé. Voilà des méthodes simples, anciennes peut-être, mais qui peuvent encore donner des résultats ainsi que le prouvent certaines de nos observations. Bien entendu,

les indications de ces procédés restent limitées en cas de salpingite purulente. Nous avons vu souvent M. Villard, dans des cas analogues, employer très avantageusement *l'aspiration du pus intra-tubaire* avec l'appareil qui lui est personnel; ce procédé nous a paru le plus prudent, et en même temps très utile pour désoblitérer la trompe sans la traumatiser. Signalons également, en cas de pyosalpinx refroidi, la *salpingotomie* (Cf. Morice, Th. Paris 1924).

Mais lorsque l'oblitération tubaire s'est produite et qu'il s'agit de lésion résiduale, c'est alors que la chirurgie restauratrice tubaire dont la salpingostomie est le type, présente tous ses avantages, du moins théoriquement. Les différentes oblitérations tubaires et leur pathogénie ont été très discutées. Raymond, Bettmann ont étudié surtout la muqueuse tubaire; Cornil et Ranvier, puis Uffreduzzi, d'après leurs recherches expérimentales, ne sont guère favorables à la salpingostomie. D'une façon générale, l'oblitération tubaire n'est jamais complète : les recherches de P. Delbet ont montré la persistance de la perméabilité de l'ostium utérinum dans les salpingites; Raymond, qui a étudié le mécanisme de l'oblitération tubaire, sur 94 trompes examinées, n'a rencontré qu'une seule fois l'oblitération tubaire à son extrémité isthmique. Celle-ci se fait, presque exclusivement, du côté de l'orifice abdominal des trompes par différents mécanismes dont Forgue et Grynfeldt ont récemment (1923) repris l'étude. (Voir Schultz, Th. Montpellier.) Cependant, dans la cavité tubaire proprement dite, des obstructions ont été signalées, soit du fait des pro-

duits de sécrétion, soit par altération pariétale (sténose oblitérante décrite par Douay), soit par des « nodosités » (salpingite nodulaire, adénomyomes, petits kystes). Néanmoins, l'oblitération à ce niveau ne serait jamais complète et cette année même, Daniel, en employant des injections de mercure, ou de bleu de méthylène, ou par pneumo-salpinx artificiel, sur 18 cas, n'a jamais rencontré une véritable oblitération complète de la trompe interstitielle.

Ces faits sont des plus importants, car ils jugent en partie les procédés de restauration tubaire.

La *salpingostomie* date de 1889 et fut pratiquée par Skutsch. Martin, en 1891, en rapporta une vingtaine d'observations au Congrès allemand de gynécologie. Gersuny, puis Clado perfectionnent la technique, en créant la salpingo-ovaro-syndèse, qui est en somme une salpingorraphie après salpingostomie. Il ne s'agit plus alors d'un débridement tubaire avec simple suture de la muqueuse, mais d'une intervention plus complexe dont on trouvera l'exposé dans la thèse d'Ayrolles (Paris 1899). Les thèses de Jarsaillon, inspirées par Gouilloud (1899), de Denave, inspirée par Pollosson (1913), contiennent chacune un succès et résument les principaux travaux lyonnais sur cette question. A l'étranger, signalons les travaux de Polk (1909), de Van Doren (1917); Polak, en 1910, rapporte un cas de grossesse après salpingostomie double. E.-A. Bullard, en 1920, rapporte 3 gestations sur 44 résultats éloignés. En somme, quelques grossesses sont publiées; néanmoins, la salpingostomie donne peu de succès encourageants.

Cependant, elle demeure très employée en chirurgie conservatrice : on la réserve aux salpingites catarrhales, aux hydrosalpinx de petit volume, aux hématosalpinx. Il est évident qu'en présence d'une trompe fermée on n'a souvent rien de mieux à proposer. Peut-être, cependant, comme nous le verrons plus loin, la greffe intra-utérine, dans l'avenir, pourra se discuter de pair avec la salpingostomie dans certains cas. Peut-être, aussi, que la nature de l'infection salpingée permet une indication : c'est ainsi que Gelhorn exclut la salpingostomie en cas de gonorrhée.

Devant les succès obtenus, les différents opérateurs se sont efforcés de perfectionner la méthode : on a fait des salpingostomies plus précoces comme traitement de la stérilité, on a pratiqué la résection tubaire avant la salpingostomie; Vidal, de Périgueux, en 1900, a proposé une *salpingoplastie* qui lui a donné un beau résultat; on a placé des fils à demeure dans les trompes, etc...

Bien souvent aussi, on est revenu aux procédés les plus simples : *amputation* de l'extrémité distale, simple *débridement* du pavillon tubaire, *élargissement à la pince*, etc... A. Pollosson ne dédaignait point ces méthodes; on trouvera dans nos observations également, des tentatives de toutes sortes de restauration tubaire.

Opération théorique, séduisante, la salpingostomie ne s'impose pas, à notre avis, par ses résultats : l'enthousiasme d'autrefois, à son sujet, a disparu et si Dudley en a posé autrefois les indications jusque dans les cas de pyosalpinx, Pozzi, par contre, dans

son traité de gynécologie, ne lui est guère favorable. De Rouville, en 1910, bien que « conservateur » avoué, déclare que l'oblitération tubaire lui a toujours paru commander la salpingectomie. Nous n'irons point jusque là; en présence d'une femme jeune, désirant une maternité, et alors que la lésion salpingée est résiduale, bien refroidie, nous estimons cette intervention sans danger et devant être conservée; car, en pratique, et malgré les nouvelles interventions conservatrices dont nous parlerons plus loin, elle reste alors la seule méthode bien connue permettant de garder l'espoir d'une fécondation dans ces cas.

Lorsque l'oblitération siège près de l'utérus, une autre intervention bien plus rare peut être discutée : c'est la *réimplantation* du segment externe de la trompe après résection tubaire. Une telle opération ne peut être indiquée que dans des lésions très limitées et pas ou très peu inflammatoires. C'est ainsi qu'une vieille observation de Watkins, de Chicago, puis une récente de Shaw, de Los Angeles (1921), signalent des grossesses consécutives à cette intervention, une castration annexielle unilatérale ayant été pratiquée auparavant. Dans le premier cas, un fibrome de la corne utérine était en cause, dans celui de Shaw il s'agissait d'une grossesse tubaire. On trouvera dans notre statistique une observation de réimplantation tubaire pour un adénomyome tubaire. Cette année, Cotte a présenté un cas où, vingt jours après, il put vérifier par une injection intra-utérine au lipiodol la perméabilité de la trompe réimplantée. Enfin, Douay a récemment proposé la *résection de la corne utérine*

malade et de la portion adjacente de la trompe, suivie par son implantation dans la brèche utérine ainsi formée. De la sorte serait constituée une intervention qu'il nomme *salpingo-utérostomie* et qui fut pratiquée par Currier.

La *salpingectomie* consiste dans l'ablation de la trompe jugée trop malade pour être conservée : elle se discute avec la castration unilatérale d'après l'intégrité ovarienne et selon l'état des lésions annexielles de l'autre côté. Les lésions suppurées, les grosses lésions pariétales, les salpingites dites hypertrophiques, noueuses, à trompes fermées en sont ses principales indications. Rouffart a insisté, à plusieurs reprises, à la Société belge de Gynécologie, sur l'intérêt qu'il y a à faire une péritonisation soigneuse recouvrant bien les moignons afin d'éviter les douleurs consécutives. D'autre part, si l'ovaire du même côté est conservé, nous estimons très important de ménager autant que possible son irrigation et son innervation : à ce sujet, l'arcade artérielle anastomotique utéro-ovarienne doit être conservée si possible, de même que la plus grande partie du mésosalpinx. Ainsi, nous avons vu M. Villard pratiquer des *salpingectomies en « sous-séreuse rétrograde »* de la même façon qu'une ablation d'appendice ou de vésicule biliaire. Cette façon de procéder nous paraît être un procédé de choix évitant, entre autres, la dégénérescence de l'ovaire conservé.

La suppression des trompes par salpingectomie double a engagé le chirurgien à chercher d'autres

moyens de restauration plus complexes pour essayer de maintenir la fécondation. C'est ainsi que R. Moriss, en 1893, plaça un fragment d'ovaire dans le moignon d'amputation de la trompe. En 1903, F. Martin, après avoir greffé un ovaire dans le ligament large, fit une opération plastique en constituant un canal péritonéal s'ouvrant dans l'utérus. Ces tentatives sont à signaler, car elles aboutissent aux greffes ovariennes intra-utérines dont nous parlons plus loin.

La *castration unilatérale* doit être réservée aux grosses lésions tubo-ovariennes. En principe, la chirurgie conservatrice doit conserver le maximum de la fonction; aussi conçoit-on, qu'en présence par exemple de la presque intégrité des annexes droites, la castration unilatérale gauche, pour lésions manifestes, se pratiquera volontiers. Par contre, il est des cas plus rares où la bilatéralité des lésions, à peu près semblables, posera un problème plus complexe; la castration unilatérale ne peut donc s'envisager qu'après avoir dressé un bilan précis des lésions des deux côtés. Au point de vue technique, il est préférable, au lieu de lier en bloc les mésos, de faire une hémostase systématique des différents pédicules. Une péritonisation soigneuse avec enfouissement des moignons est à conseiller. Enfin, si une ligamentopexie complémentaire est envisagée, la conservation du ligament rond est souhaitable : on peut toutefois utiliser le moignon utérin comme agent de fixation.

II. — Interventions ménageant la sécrétion interne des glandes génitales.

Nous les grouperons en deux catégories :

a) *Permettant la menstruation*

Ces opérations nous semblent présenter un renouveau d'actualité : en effet, après les nombreuses discussions qui ont eu lieu ces années dernières à propos de l'ovaire laissé seul, in situ, après hystérectomie, beaucoup de chirurgiens insistent sur l'intérêt à conserver la menstruation. Il existe un « *équilibre utéro-ovarien* » qu'il faut ménager autant que possible. Laisser un ovaire ou un fragment d'ovaire bien nourri, doit s'accompagner de la conservation d'au moins une portion notable de muqueuse utérine, permettant ainsi la menstruation. C'est d'après ces idées que l'hystérectomie fundique, l'hystérectomie subtotal haute, avec conservation ovarienne, ont été conçues en partie.

La *double salpingectomie* représente l'intervention la moins mutilante de ce groupe puisqu'elle conserve l'utérus en entier et les deux ovaires. Elle est rarement pratiquée. Il est inutile, en effet, au point de vue fonctionnel, de laisser les deux ovaires; aussi, étant donnée la fréquence de leurs lésions associées aux lésions tubaires, bien souvent il faut se contenter de la conservation d'un seul ovaire ou d'un fragment d'ovaire réséqué ainsi que nous l'avons déjà exposé. Dans tous ces cas, un point est à signaler : ménager

l'irrigation et l'innervation de l'ovaire laissé, si on veut éviter sa dégénérescence ultérieure. Ménager aussi le ligament rond.

L'*hystérectomie fundique* est une hystérectomie cuneiforme supra-isthmique. Elle a un double but : conserver la fonction menstruelle d'une part, supprimer en outre les lésions métritiques du fond utérin associées aux lésions annexielles. L'idée n'est pas nouvelle, puisque Zweifel dès 1899, puis Werth, Pfannenstiel, Cohn, Bertino, Spinelli, etc., ont de même conservé un ovaire et un moignon de corps utérin; mais c'est Beuttner (1908) qui paraît en avoir bien fixé la technique et les indications. On trouvera dans les articles récents de Lecène et Gaudart d'Allaines ou de H. Hartmann, en 1922, l'exposé des indications et de la technique de cette intervention. Les résultats fonctionnels en sont excellents : Lecène, sur 17 cas, note 13 cas avec menstruation et sans trouble de la ménopause. La thèse de Kovatchevitch (1924) cite 47 observations qui sont presque toutes des succès et vante également ce procédé.

Nous estimons cependant que l'*hystérectomie subtotale haute* remplit les mêmes indications et fournit également des succès nets. En effet, selon les travaux publiés, il suffit d'environ 1 % 1/2 à 2 % de muqueuse utérine pour conserver la menstruation : ainsi, un moignon utérin peut rester fonctionnel. L'hystérectomie subtotale haute, « l'utriculoplastie » des Américains, est basée sur ce fait. Cette intervention nous a donné de beaux résultats.

b) *Supprimant la menstruation*

Ces interventions paraissent avoir, à l'heure actuelle, une certaine défaveur. La conservation des deux ovaires, ou d'un ovaire seul, après hystérectomie a donné de nombreux mécomptes, même dans les cas d'hystérectomie pour fibrome sans lésions annexielles. Pollosson, qui faisait cette conservation systématiquement, l'avait abandonnée. A la Société de Chirurgie de Paris, en 1905, la question suivante : « Sur les accidents que peut causer un ovaire laissé en place au cours d'une hystérectomie » fut discutée. Routier, Tuffier, Hartmann; Segond, Le Dentu, Mauclore, Delbet prirent la parole et, d'une façon générale, n'en furent pas partisans. L'ovaire laissé, ou bien devient douloureux, dégénère, ou bien, parfois, il peut donner une hématoecèle; enfin, sa conservation ne donne pas de résultats positifs et n'empêche pas les troubles de la ménopause chirurgicale. Max Cheval, à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1922, reprend cette question et conclut : « Il faut maintenir la fonction menstruelle par la conservation d'au moins un fragment d'ovaire et d'au moins un fragment de muqueuse utérine; il est *inutile de conserver l'ovaire seul*; c'est dangereux et c'est inutile : les troubles de la ménopause n'en existeront pas moins. » A notre avis, les accidents signalés sont peut-être en rapport avec des troubles de nutrition de l'ovaire dont il faudrait garder particulièrement intacte l'irrigation malgré l'hystérectomie. A ce titre, Clark John et Norris Charles, de Chicago, en 1922, à

propos d'une statistique de résultats d'hystérectomie, soulignent l'utilité de conserver, si possible, en même temps, la trompe dans ce but.

La *conservation de l'utérus seul* a été bien abandonnée depuis l'ancienne intervention de Lawson-Tait. Nous estimons cependant que, dans les cas d'utérus sain, ce procédé est très intéressant. On a beaucoup insisté sur les lésions métritiques associées aux annexites : elles existent, sans doute, mais sont souvent, aussi, capables de rétrocession comme toutes les lésions inflammatoires. D'autre part, la conservation de l'utérus seul, et nous en citons plusieurs cas, peut s'accompagner de menstruation. Nous soulignons ce fait sans chercher à l'expliquer (débris ovariens, ovaire aberrant, possibilité de menstruation sans ovaire, etc...). D'autre part, même dans les cas normaux, où les règles n'existent pas, les troubles de la ménopause chirurgicale sont très atténués. Peut-être faut-il interpréter ces faits comme un effet de l'utérus « glande à sécrétion interne ». En outre, la conservation de l'utérus seul, qui se discute avec l'hystérectomie, nous paraît ménager le sens génésique : le vagin reste intact, l'utérus demeure en position normale, la fonction de copulation est conservée entièrement.

Ainsi, sans vouloir exagérer, laisser l'utérus seul nous apparaît une bonne intervention : les lésions masquées du col utérin, les myomes utérins associés et le gros utérus métritique, constituent les seules principales contre-indications à cette conservation.

III. — Les greffes ovariennes.

Si Chrobak paraît avoir été le premier à concevoir et expérimenter la greffe ovarienne, c'est R.-T. Moriss qui pratiqua, en 1895, la première greffe ovarienne humaine. Curmichaël, Fr. Martin à l'étranger, Mauclaire, Tuffier, Delagenière, Limon, de Rouville, en France, ont été des premiers à l'étudier. En 1914, la thèse lyonnaise de M. Tussau, « l'Ovariogreffe », rassemble déjà 290 observations de greffe ovarienne : on trouvera dans ce travail original et complet un historique très détaillé, les expérimentations et les examens histologiques à retenir jusqu'à cette date. En nous plaçant uniquement au point de vue clinique, nous constatons que les greffes ovariennes sont actuellement de plus en plus pratiquées : les hétérogreffes ont été abandonnées; par contre, les homogreffes et surtout les autogreffes, restent en faveur. Nous nous bornerons, ici, à rappeler les méthodes les plus employées et les résultats les plus récents. On peut, avec V. Pettinari (Cf. Gyn. et Obst. 1926) classer les différents procédés de la façon suivante :

a) *La greffe dans les organes génitaux* : greffe intra-utérine, greffe intra-ovarienne, greffe intra-salpingienne.

b) *La greffe à proximité des organes génitaux* : Moriss conseille de greffer le plus près possible de la place normale des ovaires; Tuffier implante le greffon à proximité du moignon tubaire; Mauclaire pré-

fière la greffe intra-épiploïque; le cul-de-sac de Douglas, l'espace prévésical ont également été employés pour les greffes ovariennes. En cas de greffe intra-péritonéale, il est préférable de conserver une surface ovarienne libre au lieu de l'envelopper entièrement de péritoine.

c) *La greffe à distance* : Ce sont les greffes sous-cutanées et intra-musculaires. Elles ont été, tout d'abord, préconisées comme permettant une surveillance facile et un exérèse simple. en cas de besoin, mais elles ont des inconvénients : au moment des règles, les greffons deviennent sensibles et douloureux. Tuffier leur préfère la greffe sous-péritonéale; Thorrek préconise l'espace rétro-rénal.

d) Voronoff, récemment, a envisagé la greffe ovarienne du singe à l'homme : cette question reste encore à l'étude.

D'une façon générale, les résultats fonctionnels signalés sont des plus intéressants : Tuffier a publié une statistique de plus de 20 cas avec une grosse majorité de succès; De Bruyne, en 1922, résume les résultats dans un travail intitulé « Contribution à l'étude de la greffe clinique du tissu ovarien »; Mauclaire, de Rouville ont également publié des succès. Cependant, Z. Rhéaume de Montréal, Thévenard, en 1925, ont cité des échecs : menstruation non rétablie et réintervention obligatoire pour l'exérèse du greffon. On peut conclure, avec de Rouville, que, d'une façon générale, la menstruation se rétablit avec une autogreffe après

l'intervention, mais la greffe n'est pas capable d'une fonction durable; en général, la menstruation dure deux, trois ou quatre ans, puis s'arrête. La ménopause consécutive serait, cependant, moins grave; il y aurait une sorte de préparation à celle-ci du fait du fonctionnement momentané des greffons.

Une question a été fréquemment posée à propos de l'autogreffe : Quel intérêt pratique y a-t-il à faire celle-ci au lieu de laisser l'ovaire in situ ? C'est poser en partie les indications des greffes dans les annexites : il y aurait avantage à transporter une partie d'ovaire saine dans un milieu sain, plutôt que de le laisser dans le pelvis au contact de lésions inflammatoires qui provoqueraient sa dégénérescence ou son inflammation. En outre, dans les cas de greffes sous-cutanées, la surveillance du greffon est possible et, si une exérèse devient indiquée, elle est des plus faciles.

Quant aux homogreffes, les troubles de la ménopause chirurgicale, ou bien les cas d'infantilisme, d'hypoplasie génitale, constituent leurs principales indications. Parmi les publications récentes, citons Sippel qui obtint dans des cas d'infantilisme des grossesses après homogreffes. Harthung a rapporté récemment trois cas pratiqués pour troubles de ménopause chirurgicale graves : les résultats ont été excellents mais passagers.

Des examens histologiques ont été pratiqués assez souvent et ont montré la vitalité des greffons : Pan-kow (1908), Sauvé, Scheurer, Zaher, Mauclaire, de Rouville en ont publié. Selon Limon et Higuchi, on

peut distinguer trois stades dans l'évolution des ovaires greffés : 1° l'ovaire nourri par imbibition dégénère en partie; 2° il existe un stade de réparation qui amène les vaisseaux dans le parenchyme et l'ovaire se régénère : une greffe, enlevée au bout de trois ans et demi, a montré la présence de corps jaunes; 3° les ovaires cessent de fonctionner; c'est le stade de régression. Tuffier et Vignes, Géry ont présenté des examens histologiques correspondant à ces différents stades.

En somme, l'autogreffe et l'homogreffe ont donné des résultats cliniques et histophysiologiques certains. Mais, les bienfaits qu'en retire l'opérée ne sont, d'une façon générale, que momentanés et, dans l'ensemble de la chirurgie conservatrice des annexites, nous estimons que les greffes ovariennes doivent, pour l'instant, ne garder qu'une petite place, car leurs indications nous semblent assez limitées.

La *transplantation intra-utérine* des ovaires apparaît actuellement comme le seul procédé permettant encore la fécondation lors de lésions tubaires graves entraînant la stérilité. Robert Moriss, en 1895, puis Frank avaient déjà tenté de transplanter directement l'ovaire dans la lumière de la trompe. Le premier, Palmer Dudley, en 1899, réalisa une véritable transplantation intra-utérine. Lissiansky, en 1907, expérimenta cette méthode sur la chienne. En 1915, Storer obtint une grossesse terminée par une fausse-couche. Enfin, Bainbridge, en 1923, obtint par ce procédé une grossesse à terme. Depuis, Tuffier, W. L. Estes, Serdukoff ont tout récemment publié leurs statistiques.

On trouvera, dans *Gynécologie et Obstétrique* 1925, un article de H. Hartmann résumant la technique opératoire : il insiste particulièrement sur les faits suivants : ne faire qu'une brèche utérine de 3 centimètres, réséquer en partie l'ovaire, ménager au maximum son irrigation et particulièrement l'anastomose utéro-ovarienne qu'il faudra bien conserver au cours de la salpingectomie, enfin faire une péritonisation soigneuse.

Sur les 29 opérées par Tuffier, l'une a éliminé l'ovaire transplanté; chez toutes les autres, la menstruation a été régulière et une a mené une grossesse à terme avec enfant vivant.

Les opérées d'Estes ont de même toutes guéri : sur les 27 revues, on note le superbe résultat : 2 fausses-couches et 4 grossesses menées à terme consécutives.

Nous ne pouvons qu'admirer cette statistique et, peut-être, la transplantation intra-utérine de l'ovaire constituera-t-elle plus tard une méthode conservatrice de choix; nous estimons, pour l'instant, cette intervention encore trop peu connue pour la juger exactement et définitivement.

IV. — Les opérations complexes ou complémentaires.

Nous n'avons fait que signaler jusqu'ici les principales interventions conservatrices qui peuvent être employées, mais souvent il y a des combinaisons possibles entre elles étant donnée la bilatéralité des annexes. Nous signalons, ainsi, la possibilité d'une inter-

vention conservatrice « croisée » : conservation d'un seul ovaire, par exemple à droite, et conservation de la trompe seule à gauche. Au cours de notre statistique, nous rencontrerons ainsi toutes sortes de « combinaisons conservatrices ».

L'*appendicectomie* est assez fréquemment pratiquée en même temps que l'opération conservatrice. Nous estimons, avec bien d'autres, que l'ablation de l'appendice ne doit pas être systématique. Lorsqu'il apparaît malade, englobé par des adhérences, évidemment l'appendicectomie s'impose. Lorsqu'il apparaît sain et se présente facilement, on peut l'enlever encore si, par ailleurs, l'intervention n'est pas pénible et s'il n'existe pas de lésions suppurées avoisinantes. Mais nous croyons dangereuse la recherche systématique d'un appendice, très probablement sain, mais difficile à trouver, après une intervention conservatrice déjà laborieuse. En ce cas, vouloir trop bien faire, nuit. Signalons, enfin, ainsi que l'a déjà dit M. Patel à propos de l'appendicectomie complémentaire que l'incision de Pfannenstiël est très avantageuse en ces cas.

Nous avons pratiqué plusieurs fois, également, une *myomectomie* associée. Cette intervention est en effet très logique puisque, de même que dans les lésions annexielles concomitantes, le problème de la conservation se pose. Nous pensons donc, qu'en présence d'une femme jeune, désirant une grossesse, et l'état général permettant une opération plus longue et plus complexe, on peut pratiquer une myomectomie si les indications de cette dernière (myome unique, énu-

cléation possible) sont réalisées; mais nous reconnaissons bien qu'un fibrome surajouté, dans la grande majorité des cas, implique surtout l'idée d'une castration utéro-annexielle.

Bien plus importantes sont les interventions permettant la *fixation* de l'utérus et des annexes en bonne position. Détruire seulement les adhérences et restaurer une trompe ou un ovaire serait inutile lorsqu'il s'agit d'annexites basses occupant le Douglas avec utérus rétroversé. Il faut, le mal réparé, empêcher qu'il ne se reproduise presque aussitôt et la fixation apparaît en ces cas des plus importantes.

Le procédé que nous avons le plus employé dans ce but est certainement la ligamentopexie intra-péritonéale type Doléris, ou type Doléris-Pellanda lorsqu'il s'agit d'une incision de Pfannenstiel. L'hystéropexie proprement dite est beaucoup plus gênante pour l'augmentation utérine en cas de grossesse.

D'autre part, les autres procédés de ligamentopexie intra-péritonéaux, raccourcissement des ligaments ronds à la Wyllie, par plicature, donnent des résultats moins bons.

Quant aux différentes méthodes s'adressant à la *métrite* : traitement médical, amputation du col, curetage en cas de métrorragies, etc., elles nous paraissent être, en réalité, non des interventions complémentaires, mais bien être dues, par contre, à des résultats médiocres ou à des échecs de la chirurgie conservatrice. L'utérus conservé doit être relativement sain ou ne présenter que des lésions inflammatoires capables de rétrocession une fois les lésions annexielles opérées et la rétroversion réduite.

Au sujet des méthodes nouvelles de diagnostic dans les annexites et en particulier des modes d'exploration de la perméabilité tubaire.

Il y aurait, évidemment, un très grand avantage, avant toute intervention conservatrice, à pouvoir porter un diagnostic exact des lésions. La clinique ne le permet qu'en partie. Il est des cas même où, ventre ouvert, il est difficile de dire quel est le côté le plus sain et l'aspect macroscopique ne se trouve pas toujours en rapport avec les lésions profondes et définitives qui peuvent être méconnues.

D'autre part, l'intervention pratiquée, il serait du plus haut intérêt de pouvoir contrôler exactement si le but que se propose le chirurgien est bien atteint. Devant le relatif insuccès, au point de vue des grossesses, que l'on rencontre en général avec les salpingostomies, il est logique de se demander quel résultat exact a été obtenu par la restauration tubaire.

C'est à ce sujet que nous rappelons ici des méthodes nouvelles qui, peut-être, constitueront dans l'avenir des procédés de choix lorsqu'elles auront obtenu des résultats certains, résultats encore peu connus en France.

Nous voulons parler essentiellement :

- 1° Du pneumo-péritoine avec radiographie des annexes;
- 2° L'insufflation intra-utérine ou méthode de Rubin;
- 3° L'injection intra-utérine d'un liquide opaque aux rayons X.

I. — *Le pneumo-péritoine avec radiographie des annexes.*

Cette méthode a été introduite en France en 1919 par Ribadeau-Dumas, Mallet et Bard; son principe est de placer des organes de l'abdomen dans une ambiance analogue à celle du cœur au milieu du parenchyme pulmonaire; ainsi, leur contour apparaît sur l'écran radioscopique avec une grande netteté. En outre, l'injection de gaz (surtout oxygène et CO²) dans le péritoine présente un autre intérêt, c'est de modifier la statique abdominale; la cavité abdominale devient alors trop vaste et les organes qu'elle contient subissent facilement la loi de la pesanteur. Aussi, on comprendra, en ce cas, l'avantage de la position de Trendelenbourg pour l'examen radiographique des annexes. Les principes techniques et les avantages de cette méthode ont été particulièrement signalés dans un article de M. R. Coliez : « Le pneumo-péritoine artificiel en gynécologie », paru in *Gynécologie et Obstétrique* 1921.

Cette méthode paraît avoir été très employée à l'étranger et c'est ainsi que Reuben Peterson présente un chaud plaidoyer en sa faveur; de même W. Ben-thin lui accorde une grande valeur dans le diagnostic des lésions annexielles.

II. — *L'insufflation intra-utérine ou méthode de Rubin.*

Elle a été très pratiquée, en Amérique, ces dernières années; elle consiste à insuffler un gaz (oxygène,

ou le plus souvent de l'anhydride carbonique) aseptiquement dans la cavité utérine au moyen d'un appareil analogue à celui employé pour créer le pneumothorax artificiel et qui permet de vérifier la pression. Aldridge, de New-York, a rapporté, en 1923, une statistique de 600 cas d'insufflation intra-utérine : les renseignements diagnostics fournis ont été des plus importants; en outre, dans quelques cas rares, l'insufflation a été suivie de guérison; Aldridge, en soulignant les mauvais résultats donnés par les salpingostomies, insiste sur ce résultat thérapeutique dans les oblitérations tubaires. En 1923, S. Currier, de New-York, a présenté à la Société belge de Gynécologie et d'Ostétrie un appareil réduit muni d'un petit obus de gaz anhydride carbonique permettant cette **méthode**. Dans les cas de stérilité, l'insufflation tubaire paraît devoir donner des indications assez précises sur l'état des trompes. Selon S. Currier, avec une pression de 150 mm. de mercure, la malade ressent une douleur abdominale avec irradiation dans l'épaule droite, douleur symptomatique de la pénétration du gaz dans le péritoine, traduisant donc la perméabilité tubaire. Un examen radioscopique permettrait, en outre, de vérifier la pénétration gazeuse intrapéritonéale. Par contre, l'insufflation ne produisant aucun résultat au-dessus de cette pression, il faut craindre une oblitération tubaire. Enfin, S. Currier recommande de ne jamais dépasser 200 millimètres de mercure comme pression maxima, sinon une rupture tubaire pourrait avoir lieu.

Cette méthode présente, au point de vue qui nous

occupe, un intérêt certain : c'est ainsi que Rouffart a fait remarquer, après la présentation de S. Currier, que par l'insufflation intra-utérine on pouvait résoudre le problème suivant : une malade présente une grosse lésion annexielle, reconnue cliniquement, et nécessitant l'ablation : si cette méthode permet d'avoir la certitude que l'autre trompe est saine, on peut prévoir ainsi, avant la laparotomie, la possibilité d'une intervention conservatrice.

III. — *L'injection intra-utérine d'un liquide opaque aux Rayons X.*

Cette méthode, très connue à l'étranger, paraît avoir été employée, pour la première fois, par W. Kennedy, qui a bien montré de suite tout le profit qu'on pouvait en retirer au point de vue du diagnostic gynécologique, particulièrement celui de l'oblitération tubaire. W. Kennedy employait une solution de bromure de sodium à 20 %. Rubin, Currier furent ses imitateurs directs. Avec Carlos Heuser, de Buenos-Ayres (1924), le lipiodol fut employé avantageusement. En France, en 1925, P. Mocquot, Grégoire ont présenté à la Société de Chirurgie de Paris des examens radiographiques de la cavité utérine et des trompes obtenus de cette manière. Les articles de Douay (1925) et de Daniel, de Bucarest (1925), ont récemment insisté sur les avantages de cette méthode.

A Lyon, Cotte et P. Bertrand ont montré à la Société de Chirurgie (janvier 1926) de beaux clichés obtenus avec un appareil de leur invention évitant particulièrement le reflux vaginal du lipiodol. Ils ont pré-

EXPLORATION DE LA PERMÉABILITÉ TUBAIRE
PAR INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE LIPIODOL.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 1. — *Avant l'intervention.* — Les deux trompes sont imperméables, la droite seule se dessine, l'oblitération se trouvant au niveau du pavillon. Utérus bicorne.

Fig. 2. — *Après l'intervention conservatrice.* — (Réimplantation tubaire gauche pour adénomyome et salpingostomie droite pour hydrosalpinx). Vingt jours après l'opération on voit que le lipiodol passe dans le pelvis. Le rétablissement de la perméabilité tubaire est confirmé.

cisé l'intérêt de ce mode d'exploration intra-utérine en cas de stérilité ou de dysménorrhée (Lyon Médical, avril 1926). L'injection de lipiodol est, en général, inoffensive pourvu qu'il n'existe pas de grossesse; quelques accidents ont été pourtant signalés.

Enfin, l'injection de lipiodol aurait, selon certains, une valeur thérapeutique à la fois, mécaniquement et du fait des qualités antiseptiques du lipiodol même. Nous avons essayé plusieurs fois cette méthode; elle nous a paru très séduisante; cependant, trop peu employée encore en France, nous ne pouvons pas estimer au juste son intérêt pratique et nous nous bornerons à publier ici les beaux clichés que le Docteur Cotte a bien voulu mettre à notre disposition.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Analyse et Résultats.

Les observations que nous publions sont *toutes inédites*. Nos recherches ont porté sur plus de 200 malades mais nous n'avons pu réunir que 112 *résultats précis*, qui s'échelonnent entre 1902 et 1926, car environ 90 % de ces opérées sont des femmes de clientèle hospitalière, souvent menant une vie peu sédentaire et que, par suite, notre enquête devait difficilement retrouver plusieurs années après leur intervention. La méthode employée consista dans l'envoi d'une lettre suivie d'un questionnaire détaillé auquel devait répondre la malade au cas où elle ne pouvait se présenter de nouveau à la consultation. L'interrogatoire portait :

1° *Sur l'état général* : Avez-vous été guérie par l'opération ? Parfaitement ou non ? Pouvez-vous faire

un travail pénible ? Avez-vous maigri ou engraisé ? Souffrez-vous encore ?

2° *Menstruation, grossesse* : Etiez-vous réglée normalement avant ? Etes-vous réglée depuis l'opération ? Combien de jours ? Peu ou beaucoup ? Régulièrement ou non ? Avez-vous des pertes ? Avez-vous eu depuis l'opération un enfant ? Une fausse-couche ? Si oui, précisez la date.

3° *Troubles divers* : Avez-vous remarqué, depuis votre opération, quelques phénomènes nouveaux ? Avez-vous eu des bouffées de chaleur ? Combien de temps ? Durent-elles encore ? Votre caractère a-t-il changé ? Etes-vous plus impressionnable ? plus nerveuse ? Pleurez-vous plus facilement ? Vous mettez-vous plus souvent en colère ? Avez-vous des troubles d'ordre génital ?

Une page était laissée libre où l'opérée était engagée à vouloir bien exposer les renseignements qui n'auraient pu être assez explicites à la suite des questions posées.

C'est en suivant cette méthode que nos observations résumées ont été rédigées. La *plupart d'ailleurs des malades* (90 %) *ont été réexaminées* et questionnées directement; bien entendu, chez ces dernières seules le toucher, s'il y avait lieu, a été noté. Quand au questionnaire sur les troubles de ménopause, nous n'avons noté que les réponses que nous avons jugées sérieuses : nous avons surtout, quand nous l'avons pu, cherché à faire parler spontanément la malade, espérant ainsi obtenir moins de fantaisie dans les réponses.

Enfin, l'intervention auparavant a été résumée et chaque fois que nous avons eu une certitude à ce sujet, l'étiologie de l'annexite a été notée.

Seuls les cas d'annexites bilatérales font l'objet de ce travail, ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre introduction, car ils posent vraiment le problème de la conservation. Ils sont d'ailleurs à notre avis les plus fréquents : nous avons noté environ 85 % d'annexites bilatérales par rapport aux cas strictement unilatéraux dont nous ne nous occuperons point.

Nos observations ont été rangées en deux grandes catégories : 1° *celles où une intervention permettait encore la fécondation*, et 2° *celles où, la fécondation désormais impossible, le but de l'opération consistait dans le maintien de la sécrétion interne des glandes génitales*. Nous n'avons pas pu établir un classement plus détaillé, en effet, comme s'il s'agit de lésions bilatérales, un nombre considérable de combinaisons peuvent avoir lieu, et dès lors des chapitres nettement intitulés « salpingostomies », « résections tubaires » par exemple ne peuvent pas être établis d'une façon précise, ou alors une même observation trouverait sa place en plusieurs endroits. Aussi nous sommes-nous contentés des deux seules divisions adoptées plus haut; toutefois, afin de donner un aperçu général des observations que nous avons colligées, nous publions plus loin *un tableau synoptique* des principales interventions pratiquées; nous estimons que l'examen de ce dernier sera plus utile à la compréhension de notre statistique que de plus amples explications.

A. — Interventions conservatrices ménageant la fécondation. (de 1 à 82)

OBSERVATION 1

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après ignipuncture de l'ovaire, hystéropexie, bons résultats.

Mme En..., 30 ans environ.

Intervention le 22 juin 1911.

L'aparotomie médiane.

A droite, grosse lésion, ablation des annexes en totalité.

A gauche, libération des adhérences, il existe un gros ovaire micro-kystique : ignipuncture.

Hystéropexie.

Résultats : Après avoir souffert encore quelques mois, la malade a repris un état de santé parfait, a engraisé de plusieurs kilogs, les règles ont été régulières. Cet état de santé s'est maintenu. La malade n'a pas été revue cette année.

OBSERVATION 2

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et décollement du pavillon tubaire. — Résultats excellents.

Mme de la Ch..., 24 ans.

Une grossesse et une fausse-couche il y a un an, depuis poussée inflammatoire annexielle traitée médicalement.

Intervention le 24 février 1916.

Laparotomie médiane.

A droite, kyste inflammatoire de l'ovaire et trompe oblitérée avec début d'hydrosalpinx, ablation en bloc des annexes droites.

A gauche, libération des annexes et décollement du pavillon tubaire, la trompe paraissant encore perméable.

Malade suivie pendant plusieurs années. La malade a été très améliorée. Les règles sont devenues normales. A plusieurs

reprises, elle a eu des poussées inflammatoires du côté de la trompe conservée : ces douleurs ont cessé depuis.

Revue le 25 mai 1926. Excellent état général et local, mène une vie normale. Règles durant trois jours et régulières. Aucun trouble endocrinien. Sens génésique normal.

A part l'absence de fécondation, très beau résultat.

OBSERVATION 3

Conservation de l'utérus et des annexes droites après désoblitération tubaire. — Echec

Mme Fra..., 29 ans.

La malade n'a jamais eu de grossesse. Elle est devenue névropathe. Elle est hantée par le désir d'avoir des enfants. Elle réclame une intervention. Il existe, par ailleurs, des signes nets de salpingite bilatérale.

Intervention le 2 août 1917.

Laparotomie médiane : il existe une péritonite plastique occupant tout le bassin, les deux trompes sont oblitérées.

A gauche : grosse lésion. Ablation en bloc des annexes.

A droite : symphyse pelvienne, libération difficile de l'annexe et désoblitération de la trompe dont le pavillon est plaqué contre l'ovaire.

Résultats : La malade a continué à souffrir particulièrement au moment des règles. L'année suivante, une nouvelle intervention fut réclamée : *une hystérectomie subtotale fut alors pratiquée.* La trompe droite laissée en place fut trouvée englobée dans un paquet d'adhérences.

A la suite de cette intervention, gros troubles nerveux consécutifs. La malade évolue vers la neurasthénie complète. Elle va de chirurgien en chirurgien, elle a été réopérée à quatre reprises. (Laparotomie itérative, ablation du moignon cervical, etc...)

OBSERVATION 4

Conservation de l'utérus de la trompe droite et des annexes gauches après salpingostomie. — Echec.

Mme Pel..., 30 ans.

Intervention le 30 mai 1918.

Laparotomie médiane.

A droite : ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, conservation de la trompe qui apparaît saine.

A gauche : l'ovaire est petit, sclérokystique, conservation de la trompe gauche oblitérée après salpingostomie.

Revue en 1925.

La malade s'est bien portée jusqu'ici, les règles ont été régulières, il n'existait aucun trouble endocrinien. La malade revient consulter pour un gros kyste de l'ovaire gauche.

Intervention le 10 novembre 1925.

On trouve un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, la trompe droite qui avait été conservée est atrophiée et fermée, on pratique alors une hystérectomie subtotal. Depuis la malade va bien, mais des troubles nets d'anovarisme sont apparus.

OBSERVATION 5

Bacillose génitale, conservation de l'utérus et des annexes gauches. — Résultats excellents

Mme Des... Henriette, 25 ans.

Intervention le 13 août 1919.

Laparotomie médiane, on trouve le ventre farci de granulations bacillaires, utérus bifide.

A droite : granulations et kyste gros comme une orange. Ablation des annexes droites.

A gauche : il existe des granulations sur la trompe, mais pas de kyste ovarique, conservation.

Revue le 2 avril 1926.

La malade se porte très bien, se déclare guérie, ne souffre plus, a engraisé de 5 kilos. Alors qu'elle n'était pas réglée

avant l'intervention, depuis celle-ci, les règles durent quatre jours et sont régulières.

Aucun trouble endocrinien.

Etat local : rien à signaler.

OBSERVATION 6

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et salpingostomie. — Bons résultats.

Mme Duf..., 25 ans.

Vient pour salpingite post-puerpérale, début des accidents deux ans avant l'entrée. Règles très irrégulières, douleurs continuelles.

Intervention le 6 septembre 1919.

Laparotomie médiane.

A droite : trompe en situation élevée, fermée, coiffant l'ovaire au niveau duquel existe une poche du volume d'un œuf de poule, contenant un liquide hématique ancien. La poche est constituée par une ancienne grossesse extra-utérine. Ablation des annexes droites.

A gauche : trompe perméable, mais traces d'inflammations anciennes caractérisées par des exsudats et de nombreuses adhérences qu'on libère, en outre le pavillon est très atré-
sié, salpingostomie.

Revue le 20 avril 1926.

Excellent état général, travaille dans une usine, ne souffre plus, les règles sont maintenant normales et durent quatre jours, pas de troubles d'ordre ovarien.

Au toucher, état local parfait.

OBSERVATION 7

Conservation totale après double libération des annexes et désoblitération tubaire gauche, appendicectomie et myomectomie.

Mme Mey..., 29 ans.

Douleurs abdominales depuis plusieurs années, survenues à la suite d'un accouchement, une colpotomie antérieure.

Intervention le 28 février 1920.

Laparotomie médiane.

1° Un fibrome de l'isthme qui est enlevé par myomectomie.

2° A gauche : gros ovaire avec salpingite ancienne résiduale, libération des adhérences, conservation après désoblitération du pavillon.

3° Péritonite plastique marquée, libération des adhérences. Appendicectomie, fixation.

Revue un an après.

Excellents résultats.

Revue le 20 mars 1926.

Excellente santé, se déclare très satisfaite, peut travailler et depuis six ans n'a plus souffert.

Malheureusement, depuis un an, il existe des ménorragies et l'examen révèle un fibrome sous-péritonéal senti gros comme le poing à la palpation.

Le toucher ne révèle aucune annexite.

Les troubles d'ordre génital présentés avant l'intervention (frigidité et coït douloureux) ont cessé entièrement.

OBSERVATION 8

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie. — Bons résultats

Mme Der..., 30 ans environ.

Douleurs abdominales depuis plusieurs mois, tumeur abdominale.

Intervention le 21 juin 1920.

Laparotomie médiane.

Il existe un fibrome de l'ovaire droit enclavé et gros comme une tête de fœtus, en même temps, il existe un hydrosalpinx bilatéral, l'utérus apparaît sain, on pratique à droite l'ablation des annexes, à gauche on fait une salpingostomie.

La malade a été suivie toutes ces dernières années. Elle se porte très bien, les règles sont régulières, il n'y a pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION 9

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Excellents résultats. — Grossesse

Mme Léo..., 20 ans.

Une fausse couche en mars 1921 constituant le début des accidents.

Intervention mai 1921.

On constate une rétroversion et une annexite bilatérale.

A gauche : ablation en totalité des annexes, grosses lésions tubaires.

A droite : l'ovaire est kystique, simple libération des adhérences et conservation.

Ligamentopexie à la Doléris-Pellanda.

Revue le 24 août 1925.

Signes nets de grossesse récente.

Accouchement le 10 mai 1926, sommet en OIDP, garçon vigoureux de 2.700 grammes.

Excellent état général.

OBSERVATION 10

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Excellents résultats.

Mme Sa..., 20 ans.

Souffre depuis un an, séries de crises aiguës paroxystiques. Réclame une opération.

Intervention le 11 mai 1922.

Laparotomie médiane.

Pelvi-péritonite plastique accentuée. L'utérus est rétroposé sans rétroversion.

A gauche : libération pénible des adhérences, conservation malgré un ovaire sclérokystique, la trompe restant perméable, fixation de celle-ci à un repli péritonéal.

A droite : grosse lésion, ablation des annexes droites en totalité.

Dans le fond du Douglas, il existe un petit kyste indépendant qui est énucléé au doigt.

Examen histologique.

Pas de tuberculose.

Revue huit mois après l'intervention.

Bon état général, peut travailler. Les règles sont normales. Pas de troubles endocriniens.

Etat local : on sent au toucher l'annexe gauche dans le Douglas, cependant le coït n'est pas douloureux.

Depuis malade perdue de vue, on sait seulement qu'elle se porte bien.

OBSERVATION 11

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Appendicectomie et fixation. — Excellents résultats. — Grossesse.

Mme Ver... Antoinette, 26 ans.

Deux grossesses antérieures, douleurs abdominales et pertes depuis cinq mois.

Intervention en juin 1922.

Incision de Pfannenstiel, l'utérus est rétroposé.

A droite : ovarite kystique, trompe fermée, adhérences multiples, ablation des annexes.

A gauche : lésions plus minimes, trompe perméable, libération des adhérences, conservation.

Appendicectomie et fixation.

Revue le 12 janvier 1922.

Excellent état général, signes nets de gravidité.

Le 13 juillet 1923, un accouchement normal, enfant bien portant.

Revue le 1^{er} mai 1926.

La malade a eu une pleurésie à la suite de ses couches, depuis cette date la malade est très surmenée et son état général est médiocre, elle a perdu 10 kilogs. Cependant, ces derniers mois, elle va mieux et peut travailler.

Les règles sont normales, durent sept jours.

Aucun trouble d'ordre psychique ou génital.

Au toucher, col de multipare, léger prolapsus utérin.

OBSERVATION 12

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Fixation. — Résultats médiocres.

Mme Fen..., 36 ans.

Intervention en 1922 : 15 juin.

Plusieurs fausses couches. Spécificité certaine.

Incision de Pfannenstiel, on trouve un gros utérus métritique avec liquide dans le Douglas et des lésions annexielles bilatérales.

A droite : trompe fermée, ovarite scléreuse, castration unilatérale.

A gauche : trompe ouverte, lésion ovarienne moins accentuée, libération des adhérences, conservation.

Fixation à la Doléris.

Revue le 25 avril 1926.

A pu travailler jusqu'à aujourd'hui, depuis un an réapparition de douleurs, mais celles-ci sont plutôt de siège épigastrique et surviennent par crises.

Etant donné les antécédents et les signes pupillaires (inégalité pupillaire et Argyll), on peut penser à des crises viscérales d'un tabès.

Etat local : gros utérus fibromateux et ballant. Fixation insuffisante, en même temps col déchiré de multipare, avec pertes blanches abondantes.

OBSERVATION 13

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et décollement du pavillon tubaire. — Résection intestinale. — Bons résultats.

Mme B..., 24 ans.

La malade est vue en octobre 1922, pour des accidents de pelvi-péritonite avec occlusion intestinale. Elle est très amaigrie, son état général est grave.

Intervention d'urgence le 24 octobre 1922.

Laparotomie médiane. Il s'agit d'une annexite double de

date ancienne oblitérante des deux côtés, libération d'une anse grêle fixée au fond du Douglas et cause de l'occlusion : cette anse grêle d'aspect gangréneux est réséquée sur une longueur de 20 centimètres.

On constate en outre :

A droite : grosses lésions annexielles, ablation des annexes.

A gauche : la malade ayant insisté pour qu'on lui conserve si possible la fécondation, on se contente de libérer des adhérences et de décoller le pavillon tubaire. L'indication était nettement cependant celle d'une hystérectomie totale.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, a repris 12 kilogs. Les règles sont absolument normales et non douloureuses, durant cinq jours. Aucun trouble endocrinien, au contraire la malade qui, avant l'intervention, était très irritable, possède actuellement un excellent équilibre nerveux.

Au toucher : utérus de volume normal incliné à droite.

A gauche : on arrive à sentir les annexes du volume d'une noix à peine sensibles à la pression.

OBSERVATION 14

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie. — Fixation. — Excellents résultats.

Mme Guy... Augustine, 30 ans.

Antécédents bacillaires, douleurs abdominales et pertes blanches depuis deux ans.

Intervention le 3 janvier 1922.

Laparotomie médiane. L'utérus est fixé par de nombreuses adhérences qui occupent tout le Douglas : les deux trompes sont distendues, oblitérées et situées en arrière de l'utérus. Libération des adhérences. Reconstitution du Douglas.

Ablation des annexes droites.

Salpingostomie à gauche.

Raccourcissement ligamentaire à la Dartigue.

Suites simples.

Revue le 25 février 1926.

Etat local et général parfait, a repris 20 kilos, fait le dur métier d'emballeuse.

Règles régulières et non douloureuses.

Pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION 15

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Résultats bons.

Mme Mo..., 34 ans.

Annexite ancienne datant de 11 ans post-avortive, long traitement médical.

Le 19 décembre 1922, une colpotomie.

Intervention le 19 février 1923.

Incision de Pfannenstiel : ablation des annexes gauches, conservation après libération des annexes droites.

Suites opératoires : à signaler un abcès de la paroi.

Le 29 mars 1923 : apparition de douleurs, nouvelle colpotomie donnant issue à un liquide séreux.

Revue le 9 mars 1926.

La malade se porte très bien, les règles sont normales et indolores, la malade fait de la bicyclette et de la montagne.

OBSERVATION 16

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération et salpingostomie. — Pelvi-péritonite séreuse enkystée transitoire. — Bons résultats.

Mme Mor..., 30 ans environ.

Intervention le 8 mars 1923.

Laparotomie médiane.

A gauche : grosse lésion annexielle, ablation des annexes.

A droite : la trompe est complètement oblitérée, libération des annexes et salpingostomie peu satisfaisante.

Suites opératoires simples.

Revue 6 mois après.

La malade consulte pour un kyste de l'ovaire qui aurait été diagnostiqué par son médecin traitant.

A l'examen : on trouve en effet une masse kystique pelvienne, mais il s'agit d'une collection séreuse simple qui, avec le repos, disparaît en un mois.

Actuellement, état général et local excellent.

OBSERVATION 17

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après ponction de l'ovaire. — Ablation d'un adénomyome. — Appendicectomie. — Bons résultats.

Mme Bain..., 31 ans.

Intervention le 23 mars 1923.

Incision de Pfannenstiël. On constate :

1° Un adénomyome de la corne utérine droite : décortication et ablation.

2° A droite, grosses lésions annexielles, ablation des annexes.

3° A gauche, ovaire gros et sclérokystique, ablation de petits kystes et ponction au bistouri des autres.

Revue en mars 1926.

La malade va très bien, peut travailler. Les règles sont normales et sont devenues indolores. Pas de douleurs. Pas de troubles endocriniens.

Au toucher : rien à signaler, sauf un utérus un peu gros.

OBSERVATION 18

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Hystéropexie. — Bons résultats.

Mme Bé..., 30 ans.

Souffre depuis trois ans. Echec du traitement médical.

Intervention le 26 septembre 1923.

Laparotomie médiane. L'utérus est en rétroversion, fixé par de nombreuses adhérences au cul-de-sac postérieur. Inclusion complète des ovaires par des adhérences.

A gauche : grosse lésion tubaire et ovarienne, ablation des annexes gauches.

A droite : libération des adhérences et conservation, l'ovaire est scléreux.

Hystéropexie, fixation de la corne utérine gauche en utilisant la ligature du moignon.

Revue en janvier 1924.

Ne souffre plus, peut travailler, règles normales, coït non douloureux.

En février 1924, ablation d'un kyste du canal de Nuhn.

A donné de ses nouvelles en décembre 1925 : excellent état général et local.

OBSERVATION 19

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et dilatation tubaire. — Bons résultats.

Mme Gue..., 31 ans.

Dysménorrhée ancienne, douleurs abdominales depuis 4 mois.

Intervention le 8 janvier 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On note un petit utérus.

A droite : kyste tubo-ovarien droit du volume d'une orange ayant décollé le ligament large, ablation des annexes droites.

A gauche : annexes englobées dans une péritonite plastique dense, libération difficile, dilatation de la trompe en voie de fermeture, raccourcissement des ligaments ronds par plicature, suites normales.

Revue le 7 mars 1926, bon état général, a engraisnée de 18 kilogs, ne souffre plus, travaille. Les règles sont revenues normales et durent trois jours : il persiste parfois un peu de douleur le premier jour.

Etat psychique et génital habituel.

OBSERVATION 20

*Conservation totale après double libération et fixation.
Excellents résultats*

Mme Gar..., Sophie, 25 ans.

Pollakiurie et douleurs abdominales depuis 5 mois.

Intervention le 26 janvier 1924.

Incision de Pfannenstiël : quelques adhérences épiploïques au fond utérin, annexite double, les trompes sont tuméfiées « en érection » entourées d'adhérences serrées, la gauche est plaquée contre le fond utérin, la droite est bloquée dans le Douglas.

Libération méthodique et pénible des adhérences tubaires postérieures, conservation totale.

Fixation « Doléris-Pellanda ».

Revue le 28 avril 1925.

Excellent état général, peut travailler, ne souffre plus.

Règles régulières, mais très peu abondantes et ne durant qu'un jour.

La malade désire vivement une grossesse.

Troubles endocriniens : à signaler un embonpoint précoce et une frigidité génitale.

Au toucher : pas d'annexes perçues, utérus en bonne position, mais de type infantile pouvant expliquer par lui-même la stérilité.

OBSERVATION 21

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après énucléation d'un kyste de l'ovaire gauche. — Résultats excellents.

Mme Us..., 34 ans.

Intervention le 1^{er} février 1924.

Incision de Pfannenstiël. On trouve :

A droite : kyste volumineux de l'ovaire droit avec adhérences pariétales. Ablation des annexes droites.

A gauche : gros ovaire avec un kyste du volume d'une mandarine, conservation après ouverture du kyste, décoration et thermocautérisation profonde.

Revue le 20 mars 1926.

Excellent état général, ne souffre plus du tout, fait un travail pénible dans une usine. Les règles sont régulières et normales. Etat local parfait.

OBSERVATION 22

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération et fixation. — Résultats médiocres. — Récidive.

Mme Mar... Claudia, employée dans une usine, 24 ans.

Deux grossesses antérieures, douleurs abdominales vives depuis un mois, température 39° à l'entrée.

Intervention 21 février 1924.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. On libère difficilement deux anses grêles adhérentes dans le fond du Douglas. Les deux trompes sont énormes et bosselées, mais sont perméables.

A gauche : lésion très accentuée, ablation des annexes.

A droite : conservation après libération et fixation, aspiration du pus intra-tubaire.

Suites opératoires bonnes.

Revue le 22 mars 1926.

La malade a eu pendant un an, une excellente santé et pouvait faire un travail pénible, les règles étaient régulières durant trois jours. Tout récemment, depuis un mois, des douleurs sont réapparues, un petit suintement hémorragique existe entre les règles, la malade redoute les rapports sexuels qui sont douloureux.

Au toucher : utérus est en rétroversion, le cul-de-sac gauche est libre, mais à droite annexite prolabée très douloureuse.

OBSERVATION 23

Conservation de l'utérus et des annexes droites avec libération et fixation. — Bons résultats.

Mme Bac... Germaine, 28 ans.

Scuffre depuis 4 ans, à la suite d'une infection puerpérale.
Intervention le 26 février 1924.

Laparotomie médiane. On note un utérus en rétroversion.

A droite : un ovaire gros et adhérent avec une trompe perméable. On le libère assez facilement, et il est fixé au péritoine pariétal.

A gauche : kyste inflammatoire du volume d'une prune, lésions tubaires prononcées, ablation des annexes gauches.

Fixation utérine à la Dartigues.

Revue le 21 mars 1926.

Bon état général, peut travailler régulièrement dans une usine, règles normales durant quatre ou cinq jours, ne souffre plus pendant les rapports sexuels.

Examen : il subsiste un utérus un peu gros, la rétroversion n'est que partiellement réduite.

OBSERVATION 24

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie et ligamentopexie. — Bons résultats. — Une fausse couche ultérieure.

Mme Desc..., 27 ans.

La malade consulte pour stérilité, elle a perdu un enfant il y a deux ans et désire vivement une nouvelle grossesse. Il existe cliniquement une salpingite bilatérale avec l'utérus en rétroversion.

Intervention le 27 mars 1924.

Laparotomie médiane.

A droite : on note un gros kyste séreux du ligament large avec lésions annexielles : castration unilatérale.

A gauche : la trompe est fermée par des adhérences serrées à l'ovaire. Libération de celles-ci. Ouverture du pavillon et

salpingostomie sur trompe fermée, mais non purulente. Ligamentopexie.

Revue le 15 juillet 1924.

La malade a été bien réglée jusqu'ici. Elle présente un retard de plus de 20 jours à cette date. Il existe des signes de grossesse au début : signes subjectifs, gonflement des seins, sécrétion de colostrum, tubercules de Montgomery. Après quelques coliques, apparition de métrorragies qui durent 20 jours. Des caillots ont été expulsés avec des débris membraneux. L'examen histologique de ces débris confirme l'existence de cellules déciduales.

Depuis, état général et local parfaits.

OBSERVATION 25

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie et ligamentopexie. — Bons résultats.

Mme Ja..., 38 ans.

La malade se plaint de douleurs abdomino-pelviennes et de stérilité. Il existe une rétroversion utérine complète adhérente. Infection post-puerpérale avec stérilité consécutive.

Intervention le 31 mars 1924.

Incision de Pfannenstiel, on trouve un hydrosalpinx double. Libération de l'utérus rétroversé. Ablation des annexes gauches. Salpingostomie sur l'hydrosalpinx droit. Ligamentopexie intra-péritonéale.

Revue le 20 octobre 1924.

Présente quelques douleurs au niveau du point fixé à droite au moment de ses règles qui sont normales. Pas de troubles endocriniens. Bon état fonctionnel.

Au toucher : résultats parfaits, l'utérus est en bonne position, les annexes droites ne sont pas senties.

OBSERVATION 26

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie. — Résultats médiocres.

Mme Mar..., 23 ans.

Douleurs abdominales et température à la suite d'une fausse couche.

Intervention le 10 avril 1924.

Incision de Pfannenstiël. On note :

A droite : salpingite nodulaire avec trompe fermée et un gros kyste inflammatoire de l'ovaire, ablation des annexes droites.

A gauche : lésion moins prononcée, orifice tubaire très rétréci, salpingostomie.

Revue le 11 mars 1926.

A eu une excellente santé pendant trois ans, puis de nouveau des pertes blanches abondantes et des douleurs abdominales sont survenues. Récemment, elle eut une crise abdominale très violente, s'étant accompagnée de vomissements et d'une légère poussée fébrile.

La malade « très nerveuse » a présenté à cette occasion une crise épileptiforme.

Au toucher : douglassite nette, les annexes gauches sont douloureuses, il semble s'agir d'une poussée de pelvi-péritonite aiguë récente à point de départ tubaire.

Traitement médical et repos au lit, la malade quitte le service le 27 mars 1926.

Depuis, bonnes nouvelles.

OBSERVATION 27

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après ignipuncture de l'ovaire. — Bons résultats.

Mme Sau..., 37 ans.

Deux fausses couches antécédentes. Opérée d'urgence pour grossesse extra utérine.

Intervention le 20 mai 1924.

Laparotomie médiane.

A droite : On trouve une grossesse tubaire en voie de fissuration. Ablation des annexes droites.

A gauche : après libération des adhérences, destruction au thermocautère d'un petit kyste ovarique.

Revue en décembre 1924.

Excellent état général et local. Règles normales. Rien de particulier à signaler.

OBSERVATION 28

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération des adhérences et dégagement du pavillon tubaire. — Ligamentopexie. — Bons résultats.

Mme Le..., 34 ans.

Se plaint de stérilité et de douleurs pelviennes. Cliniquement annexite bilatérale basse et rétroversion.

Intervention le 17 juin 1924.

Laparotomie médiane. La rétroversion est adhérente.

A droite : lésions annexielles marquées avec gros ovaire kystique, trompe fermée. Castration unilatérale.

A gauche : libération très pénible des annexes. Décollement du pavillon tubaire qui est légèrement déchiré au cours de ces manœuvres.

Ligamentopexie intrapéritonéale.

Revue le 10 juin 1925.

Pendant un mois après l'intervention, la malade a gardé un état fébrile vraisemblablement dû à des résorptions d'exsudats post-opératoires. Elle a eu, en août 1924, un retard de règle difficile à interpréter. Mais à part cet incident les règles ont été régulières et normales. L'état général est excellent : il y a une forte reprise de poids. Les souffrances ont disparu. Pas de troubles endocriniens.

Au toucher : on sent un utérus plaqué contre la paroi, le col est normal, les culs-de-sac libres.

OBSERVATION 29

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après décollement du pavillon tubaire. — Fixation. — Bons résultats.

Mme Géo..., 30 ans.

Deux fausses couches antérieures, douleurs depuis 6 mois, échec du traitement médical.

Intervention le 25 juin 1924.

Incision de Pfannenstiël. L'utérus est en rétroversion complète, flanqué des deux côtés par deux trompes très enflammées et fixées par des adhérences.

A droite : grosse lésion tubaire et ovarienne, ablation des annexes.

A gauche : décollement du pavillon tubaire qui est fixé contre l'ovaire, désoblitération et rétablissement de sa disposition normale.

Fixation à la Doléris-Pellanda.

Revue le 17 avril 1926.

Excellent état général, peut faire un travail pénible, les règles sont régulières et ne durent que deux jours. Pendant quelques mois, la malade a souffert de douleur pendant le coït.

Pas de troubles endocriniens.

Au toucher : état local parfait.

OBSERVATION 30

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et ouverture de la trompe. — Appendicectomie. — Bons résultats.

Mme Mich..., 42 ans.

Long passé génital datant de 21 ans, traitement médical prolongé.

Intervention le 31 juillet 1924.

Incision de Pfannenstiël. Adhérences sur tous les organes pelviens, noyau épiploïque.

A droite : nombreuses adhérences et hydro-salpinx. Ablation des annexes, plus appendicectomie.

A gauche : libération des adhérences et ouverture à la pince de la trompe qui est fermée.

Examen histologique du noyau épiploïque : lésion inflammatoire simple, pas de tuberculose.

Suites simples.

Revue le 2 mars 1926.

Femme obèse, bon état général, se plaint seulement de petites douleurs lombaires lorsqu'elle travaille longtemps à la machine à coudre. Il n'y a pas eu de grossesse, bien qu'elle désire vivement un enfant. Les règles durant quatre jours ont été normales jusqu'en janvier 1926, depuis arrêt des règles. Etant donné l'âge de la malade et l'apparition de troubles de la ménopause, il semble s'agir d'un état purement physiologique. Au toucher, rien à signaler.

OBSERVATION 31

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après énucléation d'un gros kyste œdémateux. — Résultats médiocres.

Mme Jo..., 29 ans.

Fausse couche il y a un an et demi, métrorragie abondante, douleurs abdominales, échec du traitement médical.

Intervention le 27 août 1924.

Pfannenstiël. L'utérus est en rétroversion, les deux annexes sont très adhérentes, la trompe droite est basculée dans le Douglas.

A gauche : annexe adhérente, gros ovaire avec un kyste œdémateux, libération de la trompe, et énucléation du kyste, suture de la plaie ovarienne.

A droite : grosse lésion annexielle, ablation des annexes et appendicectomie.

Fixation ligamentaire.

Revue le 24 avril 1925.

Plus de douleurs, persistance de légères ménorragies, pertes blanches assez abondantes.

Au toucher : on constate que l'utérus reste un peu gros.

En janvier 1926 : amélioration de la métrite, les ménorragies ont disparu, la malade peut travailler. Pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION 32

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Appendicectomie. — Fixation. — Résultats médiocres.

Mme Gre..., 20 ans.

Antécédents blennorragiques certains, une bartholinite antérieure.

Intervention le 12 septembre 1924.

Incision de Pfannenstiël. L'utérus est en rétroversion complète, il n'est pas adhérent, mais ce sont les adhérences des annexes qui empêchent sa réduction.

A gauche : salpingite aiguë purulente, ablation en bloc des annexes gauches.

A droite : libération des adhérences annexielles et appendicectomie.

Fixation à la Pellanda.

Le 27 septembre 1924.

Poussée phlébitique de la jambe gauche.

Le 25 février 1925.

Réapparition des souffrances.

On sent à droite au toucher, une masse comme une mandarine. Plusieurs séances de columnisation.

Le 23 mars 1926.

Etat général excellent, peut travailler, ne souffre que pendant six à huit jours avant les règles.

Au toucher : l'ovaire droit est senti toujours gros et un peu douloureux.

OBSERVATION 33

Conservation de l'utérus et des annexes droites. — Bons résultats.

Mme Del, 30 ans environ.

Opérée d'urgence pour grossesse extra-utérine.

Intervention le 13 septembre 1924.

Laparotomie médiane.

A gauche : grossesse tubaire en voie de fissuration, ablation des annexes gauches.

A droite : il existe une salpingite ancienne adhésive fixée à une anse grêle, la trompe est probablement fermée. L'anse grêle est fixée solidement au fond du Douglas.

Par crainte d'ouvrir un foyer infectieux ou de blesser l'intestin dans un foyer d'inondation péritonéale, le grêle et la trompe sont laissés.

Revue le 27 septembre 1925.

Etat général excellent, bien réglée, aucune douleur, pas de troubles endocriniens.

Etat local : pertes blanches assez abondantes, mais elle ne s'en plaint pas. Au toucher : col un peu gros avec œufs de Naboth, pas d'ulcération.

OBSERVATION 34

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Bons résultats.

Mme Ma....., 39 ans.

Crises douloureuses violentes épisodiques depuis un an.

Intervention le 20 septembre 1924.

Pfannenstiel.

A gauche : ablation d'un kyste dermoïde sans pédicule de l'ovaire gauche, ablation également de la trompe gauche qui est imperméable et adhérente à l'intestin grêle.

A droite : l'annexe droite est très adhérente, libération

difficile et section d'une bride unissant le grêle à l'S iliaque, appendicectomie.

En avril 1926.

La malade se porte bien, peut travailler, règles normales, pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION 35

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche après salpingostomie. — Excellents résultats.

Mme F. A... Césarine, ouvrière d'usine, 22 ans.

Intervention le 4 octobre 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ligament large droit apparaît sculevé par une masse intraligamentaire recouverte par un lacis vasculaire, pas d'adhérences de l'épiploon ni du colon pelvien, utérus petit.

A gauche : trompe volumineuse tombée dans le cul-de-sac de Douglas très adhérente au rectum et à l'autre trompe. Libération du pavillon tubaire gauche, salpingostomie.

A droite : libération et ablation des annexes droites porteuses de grosses lésions.

Suites simples.

Revue le 20 mars 1926.

Excellent état général et local, peut faire son travail très pénible physiquement (usine), ne souffre plus du tout, règles normales durant 4 jours, aucun trouble endocrinien.

OBSERVATION 36

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un fragment d'ovaire minuscule. — Bons résultats.

Mme Go..., 23 ans environ.

Intervention le 30 octobre 1924.

On trouve à droite un kyste de l'ovaire droit hématique du volume d'une tête fœtale. Adhérences et lésions tubaires. Castration unilatérale.

A gauche : il existe également un kyste hématique de

l'ovaire de la grosseur d'un œuf de poule. Enucléation intra-glandulaire, il ne subsiste qu'un moignon d'ovaire minuscule.

En mai 1926.

On a eu à plusieurs reprises des nouvelles de la malade. Celle-ci se porte actuellement très bien. Pas de trouble endocrinien. Les règles durent 5 jours et sont absolument régulières. Les souffrances ont disparu. La malade a engraisé de 12 kilogrammes et se déclare enchantée de l'opération.

OBSERVATION 37

Ancienne amputation du col, conservation de l'utérus restant et des annexes gauches après salpingostomie. — Excellents résultats.

Mme For... Marie, 31 ans.

Long passé génital datant de 1921, amputation du col en 1922 pour cervicite chronique.

Intervention le 29 octobre 1924.

Incision de Pfannenstiel pelvi-péritonite plastique avec poches séreuses enkystées au milieu desquelles on trouve des lésions annexielles bilatérales.

A gauche : petites trompes adhérentes et fermées, libération des adhérences, salpingostomie.

A droite : annexes adhérentes, kyste tubo-ovarien suppuré du volume d'une mandarine, ablation des annexes droites, drainage vaginal.

Suites simples.

Revue en décembre 1924.

Etat général et local parfait.

Revue le 26 février 1926.

Elle se déclare guérie, elle est guimprière et travaille dix heures par jour debout. Quelques douleurs gastriques après les repas, épisodiques, sans rapport avec son état gynécologique. Elle est réglée régulièrement en petite quantité deux jours. Pas de troubles psychiques ni d'ordre génital.

Au toucher : état local parfait.

OBSERVATION 38

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. Bons résultats.

Mme Cor..., 24 ans.

Blennorrhagie il y a deux mois, crises abdominales très violentes avec température élevée pas d'amélioration avec le traitement médical, au toucher les annexes sont senties dans le Douglas.

Intervention le 15 novembre 1924.

Incision de Pfannenstiel, on note :

A droite : grosse lésion inflammatoire de la trompe, gros ovaire avec nombreuses adhérences, salpingolysis et conservation, la trompe paraissant ouverte.

A gauche : annexe plongée dans le Douglas, ouverture d'une poche de pelvi-péritonite suppurée, aspiration, la trompe gauche est fermée ; ablation des annexes gauches.

Revue en février 1926.

La malade va bien, ne souffre plus, peut travailler, les règles sont normales et durent trois jours, il n'y a pas de troubles endocriniens.

Au toucher : on sent les annexes gauches un peu douloureuses.

OBSERVATION 39

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération plus appendicectomie. — Résultats excellents.

Mme Mor..., 28 ans.

Envoyée pour kyste de l'ovaire, accidents douloureux survenant par crises depuis deux ans.

Intervention le 25 novembre 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, il s'agit d'un kyste inclus dont la libération est difficile du fait des lésions inflammatoires surajoutées.

A droite : ablation du kyste et des annexes droites plus appendicectomie.

A gauche : l'ovaire est gros, entouré d'une poche kystique séreuse, sous-péritonéale, aspiration, libération des adhérences.

Suites simples.

Revue le 23 mars 1926.

Se porte bien, a repris 5 kilogs, peut travailler, les règles sont devenues régulières et durent 4 à 5 jours, aucune douleur et aucun trouble. Etat local parfait.

OBSERVATION 40

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. — Excellents résultats.

Mme Che..., 31 ans.

Douleurs abdominales anciennes, depuis cinq mois dysménorrhée puis anénorrhée.

Intervention le 26 novembre 1924.

On constate :

A gauche : oblitération complète du pavillon tubaire par adhérences à l'ovaire, petits kystes séreux sous-péritonéaux inflammatoires, l'ensemble est fort adhérent, ablation des annexes gauches.

A droite : lésions moindres, mais l'ostium abdominal tubaire est imperméable : on le décolle puis on dilate l'orifice et l'on fixe par 4 points de suture au catgut le moignon éversé.

Revue en mai 1926.

, Excellent état général, travaille normalement, a engraisé, règles régulières mais peu abondantes durant deux jours, état psychique et génital normal. Au toucher, rien à signaler.

OBSERVATION 41

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération, appendicectomie et fixation. — Bons résultats.

Mme Ju..., 29 ans.

Accidents datant de trois ans après un accouchement au forceps suivi d'infection puerpérale.

Intervention le 29 novembre 1924.

Incision de Pfannenstiel, quelques cuillerées de liquide Citrin dans le péritoine, tout le pelvis est blindée par des adhérences surtout marquées au niveau du colon iliaque; les lésions consistent principalement en un volumineux hydro-salpinx droit et une ovarite kystique bilatérale

A droite : ablation des annexes et appendicectomie.

A gauche : ouverture et évacuation d'un kyste, plus ponction de petits kystes ovariens; libération des adhérences, fixation par plicature des ligaments ronds.

Revue le 13 mars 1926.

Excellent état général, a repris 5 kilos, les règles sont régulières et durent quatre jours, les métrorragies ont disparues entièrement, plus de douleurs.

Au point de vue génital : frigidité et phobie de la grossesse. Au toucher : état local parfait.

OBSERVATION 42

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après énucléation d'un petit kyste de l'ovaire. — Bons résultats.

Mme For... Henriette, 19 ans.

Pertes rouges et douleurs abdominales depuis trois ans, échec du traitement médical.

Intervention le 6 décembre 1924.

Laparotomie médiane.

A droite : il existe un kyste séreux à paroi translucide, grosse trompe, ablation des annexes droites.

A gauche : il existe un autre kyste de l'ovaire mais plus petit, du volume d'une grosse noix : pour ne pas sacrifier le deuxième ovaire, on pratique l'énucléation intra-glandulaire du kyste dont la paroi paraît être enlevée en totalité.

Revue le 12 mars 1926.

La malade se déclare guérie, peut faire un travail pénible; la malade est réglée normalement depuis l'intervention pendant quatre à cinq jours (les règles n'existaient pas avant l'intervention). Pas de douleurs, pas de troubles endocriniens.

Examen local : au toucher on sent l'utérus en position intermédiaire, l'ovaire restant est senti un peu gros mais non douloureux.

OBSERVATION 43

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. — Bons résultats.

Mme Tho..., 28 ans.

Intervention le 8 décembre 1924.

Laparotomie médiane.

A gauche : il existe une grosse salpingo ovarite suppurée, ablation des annexes gauches.

A droite : la trompe est fermée, petit hydrosalpinx. On pratique alors une salpingostomie.

Revue le 21 décembre 1925.

Etat général excellent, ne souffre plus, fait de l'alpinisme. Les règles sont normales et durent trois jours. A eu récemment une petite métrorragie de cause inexpliquée. Pas de troubles endocriniens. Etat local : utérus un peu gros en situation normale mobile, intégrité des annexes droites.

On sait que depuis la malade continue à aller très bien.

OBSERVATION 44

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération, pour lésions bacillaires. — Bon résultat.

Mme Bez... Jeanne, 18 ans 1/2.

Antécédents tuberculeux nets, douleurs abdominales très vives depuis deux mois.

Intervention le 9 décembre 1924.

Laparotomie sous-ombilicale médiane ; grosse masse annexielle suppurée gauche du volume du poing: abcès froid tubaire très net ; ablation des annexes gauches.

A droite : libération des annexes, la trompe est très hypertrophiée, l'ovaire est gros, mais le catheterisme tubaire est possible, conservation.

Examen microscopique : lésions tuberculeuses typiques.

Revue en février 1925.

Bon état général, a repris 4 kilogs, souffre un peu à droite.

Revue en décembre 1925.

Ne souffre presque plus. Au toucher : l'annexe droite est un peu grosse.

Revue le 6 mars 1926.

Reprise du poids normal, peut travailler, règles normales, se déclare très satisfaite de l'opération. Pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION 45

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie et appendicectomie, — Bons résultats.

Mme Bo... Jeanne, 31 ans.

Une fausse couche, il y a cinq ans, depuis persistance de douleurs abdominales, échec du traitement médical.

Intervention en janvier 1925.

Laparotomie médiane.

A gauche : salpingite résiduelle à contenu séro-hématique pur, petit micro-kystique, l'ensemble est fixé par des adhérences au péritoine pariétal. Libération et salpingostomie.

A droite : les annexes sont bloquées dans le Douglas, libération très laborieuse, grosse lésion, ablation des annexes droites plus appendicectomie, fermeture sans drainage.

Revue le 20 juillet 1925.

Jusqu'à cette date la malade s'est bien portée et pouvait travailler, les règles sont normales, mais récemment elle a fait une chute qui aurait été suivie d'une légère métrorragie et de douleurs passagères. On sait depuis, par correspondance, que la malade va bien.

OBSERVATION 46

Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. — Salpingostomie double. — Bons résultats.

Mme Moy... Irénée, 21 ans.

Entre pour accident douloureux de l'abdomen avec température élevée, infection blennorragique.

Intervention le 15 janvier 1925.

Incision de Pfannenstiël. Adhérences nombreuses antérieures entre l'épiploon, le grêle et la vessie. Libération difficile des annexes, la droite particulièrement est solidement fixée au Douglas, nombreuses poches de pelvi-péritonite séreuse. L'ovaire gauche est le plus atteint, avec des kystes inflammatoires et suppurés. Ablation de l'ovaire gauche, conservation de l'ovaire droit et de l'utérus après salpingostomie double.

Suites opératoires simples. Régulée le 5 février, sans douleur : durée deux jours et demi.

Revue le 16 juin 1925.

Régulée sans douleur tous les 25 jours, état général bon, mais vagues douleurs abdominales.

A l'examen, utérus petit en position intermédiaire, ovaire droit du volume d'une prune, à surveiller.

Revue le 21 juillet 1925.

Plus de troubles digestifs, ni de douleurs. L'ovaire droit n'est pas perçu, l'utérus reste en rétroversion réductible, la malade peut travailler et se déclare satisfaite.

OBSERVATION 47

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et d'un moignon ovarien minuscule. — Excellents résultats.

Mme Ger..., 36 ans.

Souffre depuis un an de crises paroxystiques. Dernières règles: 17 décembre, depuis douleurs violentes et pertes rouges.

Intervention le 25 janvier 1925.

Laparotomie médiane. On note :

A gauche : une grossesse tubaire en voie de fissuration, libération et ablation des annexes gauches en totalité.

A droite : il existe un kyste de l'ovaire avec des adhérences multiples. On libère et énuclée ce kyste inflammatoire.

Conservation de la trompe droite avec salpingostomie.
Conservation d'un moignon *absolument minuscule* de l'ovaire droit.

Revue le 29 mars 1926.

Etat général excellent, ne souffre pas, peut travailler.

Règles normales, durant 6 jours.

Etat psychique et sens génésique normaux, état local parfait.

OBSERVATION 48

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après débridement tubaire. — Bons résultats.

Mme Col... Claudia, 25 ans.

Douleurs abdominales depuis plusieurs mois et pertes blanches à la suite d'une fausse couche.

Intervention : Février 1925.

Incision de Pfannenstiel. Utérus en position intermédiaire fortement fixé par des adhérences qui comblent le Douglas.

A gauche : libération des annexes, agrandissement à la pince et débridement de l'orifice tubaire.

A droite : trompe pleine de séro-pus, tentative de salpingostomie, ablation des annexes droites.

Revue le 17 avril 1926.

Excellent état général, a engraisé de 10 kilogs, travaille comme domestique, les règles sont normales et durent trois jours, aucun troubles endocriniens.

Etat local : quelques pertes blanches.

OBSERVATION 49

Conservation entière après libération et salpingostomie double. — Ovariopexie et fixation utérine. — Bons résultats.

Mme Bay..., 34 ans.

Douleurs abdominales et pertes depuis 6 ans. Origine blennorragique vraisemblable.

Intervention le 10 février 1925.

Incision de Pfannenstiel. On trouve un utérus en rétroversion complète, pelvi-péritonite adhésive très accentuée, les deux annexes sont bloquées dans le Douglas. Leur libération est laborieuse.

Il existe un utérus double, bicorne, unicervical. Le fond est très large et déformé en selle.

Les deux trompes sont sclérosées, elles ne sont perméables que par un très fin pertuis, salpingostomie double.

Fixation utérine à la Pellanda et de plus ovariopexie en raison de la longueur des annexes.

Revue le 27 mars 1926.

Excellent état général, a repris plusieurs kilogs.

Les règles durent cinq jours, sont normales.

Ne souffre plus, se plaint seulement de quelques pertes blanches et de pyurie.

En réalité, il s'agit de phosphaturie, la malade vient d'avoir un état grippal.

Etat local bon, rien à signaler au toucher.

Etat psychique et génital normal.

OBSERVATION 50

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. — Fixation. — Bons résultats.

Mme Fo..., 30 ans.

Intervention le 12 février 1925.

Une fausse couche en 1922, pertes blanches abondantes et douleurs lombaires depuis 3 mois.

Pfannenstiel. L'utérus est rétroposé en situation intermédiaire, pelvi-péritonite séreuse, salpingite bilatérale kystique, basse et adhérente.

A gauche : salpingite purulente, trompe fermée, grosse lésion ovarienne, ablation des annexes en totalité.

A droite : salpingestomie et conservation.

Fixation à la Doléris-Pellanda.

Revue en janvier 1926.

Bon état général et local, peut travailler régulièrement, les règles sont normales. Pas de troubles endocriniens. Sens génésique non modifié.

OBSERVATION 51

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Appendicectomie. — Décès par péritonite post-appendiculaire.

Mme Dec... Andrée, 24 ans.

Trois fausses couches antérieures, la dernière suivie de pelvi-péritonite, état général très grave à l'entrée.

Intervention le 3 mars 1925.

Laparotomie médiane, on trouve une péritonite aiguë, évacuation du pus à l'aspirateur. On constate :

1° Une appendicite aiguë de la pointe, appendicectomie.

2° Des trompes rouges congestionnées et bridées par des adhérences, ablation des annexes droites, libération des annexes gauches, drainage par le Douglas.

Suites : décès le soir même par péritonite aiguë, on a nettement l'impression que l'appendicite en est la cause.

OBSERVATION 52

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Bons résultats.

Mme Kru... Catherine, 28 ans.

Douleurs abdominales depuis 2 ans.

Intervention le 3 mars 1925.

Laparotomie médiane. L'utérus est refoulé en avant par une double annexite.

A gauche : l'annexe est très adhérente, libération laborieuse, conservation.

A droite : grosse ovarite suppurée et trompe fermée, ablation de l'annexe droite.

Suites opératoires : A signaler un hématome suppuré.

Revue le 20 février 1926.

La malade se porte bien, elle a engraisé de 10 kilogs, elle a de temps à autre quelques « tiraillements » à gauche. Elle travaille.

Les règles durent 4 jours et sont normales, les ménorragies ont disparu, la malade déclare spontanément qu'elle se trouve plus impressionnable et pleure plus facilement depuis son opération.

Il existerait une frigidité génitale relative.

OBSERVATION 53

Conservation totale après libération des annexes gauches.

— *Salpingostomie droite et fixation.* — *Bons résultats.*

Mme Noé... Jeanne, 27 ans.

Passé génital ancien (6 ans) d'origine blennorragique certaine.

Intervention le 14 mars 1925.

Les deux annexes plongent dans le Douglas et sont très adhérentes.

A gauche : gros ovaire adhérent à la paroi et au côlon pelvien, libération et relèvement de l'ovaire et de la trompe gauches.

A droite : le pavillon a disparu, il reste un petit moignon accolé à l'ovaire, salpingostomie droite, raccourcissement ligamentaire, par plicature du ligament rond.

Revue le 30 avril 1926.

Excellent état général, a grossi de 8 kilogs, travaille debout comme métallurgiste, ne ressent de douleurs qu'après de grosses fatigues physiques,

Les règles sont d'abondance normale et durent 4 jours.

Pas de troubles d'ordre psychique.

Troubles d'ordre génital : sens génésique hypertrophié, deux mois après l'intervention au point d'inquiéter la malade. Depuis, retour à la normale.

Au toucher : rien à signaler, sauf quelques pertes blanches.

OBSERVATION 54

Conservation de l'utérus, de l'ovaire gauche et des deux trompes après salpingostomie gauche. — Bons résultats.

Mme Del..., 21 ans.

Depuis cinq mois, douleurs abdominales et métrorragies. Infection post-puerpérale.

Intervention le 14 avril 1925.

Incision de Pfannenstiel.

A droite : on note un kyste de l'ovaire à contenu (chocolat), ablation de l'ovaire et conservation de la trompe droite.

A gauche : ovaire sain, mais la portion distale de la trompe est irrégulière, sclérosée, adhérente. On enlève la moitié atteinte, salpingostomie sur le bout restant.

Revue le 28 mars 1926.

Se porte très bien, peut travailler, a engraisé depuis de plusieurs kilogs, se déclare guérie. Les règles sont normales et durent quelques jours, pas de signes d'insuffisance ovarienne. Etat local parfait.

OBSERVATION 55

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et des annexes gauches, après résection tubaire et salpingostomie. — Bons résultats.

Mme Es..., 21 ans.

Douleurs abdominales et pertes blanches depuis 4 mois. Echec du traitement médical.

Intervention le 14 avril 1925.

Pfannenstiel.

A droite : gros kyste hématique de l'ovaire droit, ablation de l'ovaire, la trompe droite apparaît saine, conservation.

A gauche : l'ovaire est sain, mais la portion distale de la trompe est de type inflammatoire et complètement oblitérée. On enlève la moitié externe de la trompe et l'on pratique une salpingostomie sur le bout restant.

Revue en février 1926.

A repris plusieurs kilogs, peut travailler, seuls les efforts violents s'accompagnent de légères douleurs abdominales, les règles sont normales et durent 5 jours, pas de troubles endocriniens. Etat local : rien à signaler.

OBSERVATION 56

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Fixation. — Bons résultats.

Mme Vi..., 25 ans.

Un accouchement il y a 4 ans. Rétroversion utérine ayant nécessité le port d'un pessaire. Depuis 5 mois, métrorragies et douleurs pelviennes.

Intervention le 17 avril 1925 (anesthésie au somnifène).

Pfannenstiel.

L'utérus est en rétroversion complète, les deux annexes sont basculées et englobées par des adhérences de péritonite plastique.

A gauche : hydrosalpinx et ovaire kystique, ablation des annexes.

A droite : conservation après libération, fixation à la Doléris-Pellanda.

Revue en décembre 1925.

Se porte bien, peut travailler, les règles sont normales et durent 4 jours, pas de troubles endocriniens.

Etat local : rien à signaler.

OBSERVATION 57

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et salpingostomie. — Ligamentopexie. — Excellents résultats.

Mme T..., 28 ans.

Début des accidents il y a 4 ans, après un accouchement, long traitement médical antérieur.

Intervention le 23 avril 1925.

Incision de Pfannenstiel, les deux annexes sont bloquées dans le Douglas par des adhérences.

A droite : la trompe est en partie perméable, mais l'ovaire est volumineux, bourré de kystes hématiques. Ablation des annexes droites.

A gauche : l'ovaire est sain, mais la trompe est fermée. Libération des annexes gauches, salpingostomie, et conservation de l'ovaire.

Ligamentopexie à la Pellanda.

Suites simples.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, a engraisé de 12 kilogs, se considère guérie, elle n'a que de toutes petites douleurs apparaissant après un travail pénible (lavage du linge).

Les règles sont normales et régulières, durant 4 jours. Pas de troubles d'ordre psychique, au contraire amélioration d'un état de nervosisme antérieur.

Sens génésique augmenté.

Au toucher, état local parfait.

OBSERVATION 58

Conservation de l'utérus, des trompes et de fragments d'ovaire minimes. — Médiocres résultats.

Mme Cha..., 40 ans.

Vient pour dysménorrhée douloureuse, douleurs particulièrement violentes depuis huit mois, réclame une intervention.

Intervention le 28 mars 1925.

Incision de Pfannenstiël. Utérus rétrofléchi, annexes collées dans les gouttières latérales, adhérences multiples et serrées, libération difficile des deux annexes, les trompes apparaissent saines, mais les deux ovaires sont volumineux et kystiques ; l'ovaire droit contient un gros kyste poisseux brun noir, l'ovaire gauche contient plusieurs kystes, les uns séreux, les autres goudronneux, certains se vident donnant un contenu pâteux.

Résection des kystes ovariens, conservation de fragments d'ovaires minuscules des deux côtés.

Fixation à la Pellanda.

Examen histologique : il s'agit de kystes hématiques du corps jaune, pas de lésions d'endométriome.

Revue le 23 avril 1926.

La malade va bien, a repris 3 kilogs. Elle n'a été réglée qu'une fois depuis l'intervention. Il est difficile en raison de l'âge de la malade d'apprécier au juste cette ménopause. La malade ne souffre guère, peut travailler, elle ne se plaint que de maux de tête et d'hémorroïdes.

OBSERVATION 59

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Bons résultats.

Mme Mar..., 30 ans.

Pertes blanches et douleurs abdominales depuis 6 mois, échec du traitement médical.

Intervention le 29 avril 1925.

Laparotomie médiane. Nombreuses adhérences épiploïques.

A droite : les annexes sont bloquées par des adhérences, celles-ci sont libérées méthodiquement, la trompe est perméable. Conservation.

A gauche : les annexes sont volumineuses, la trompe est fermée et coudée, ablation des annexes gauches.

Revue le 12 février 1926.

La malade se déclare guérie. Les règles durent huit jours et sont régulières. Il subsiste des pertes blanches.

La malade a remarqué depuis son opération un changement de caractère, tendance à la mélancolie, à ce qu'elle écrit. Etat local : rien à signaler.

OBSERVATION 60

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et désoblitération tubaire. — Appendicectomie. — Fixation. — Bons résultats.

Mme Ma..., 31 ans.

Début des accidents il y a 5 mois après une fausse couche suivie de curage et de forte température.

Intervention le 11 mai 1925.

Incision de Pfannenstiël. Utérus en rétroversion.

A gauche : lésion annexielle avec adhérences à l'anse sigmoïde, libération des annexes gauches et élargissement du pavillon tubaire.

A droite : adhérence plus difficile à libérer avec le cœcum et l'appendice, lésions importantes, ablation en masse des annexes droites et appendicectomie.

Ligamentopexie à la Doléris-Pellanda.

Examen histologique : inflammation banale.

Revue le 13 mars 1926.

Excellent état général, a repris 8 kilos, les règles sont régulières et durent trois jours, les métrorragies ont disparues, la malade se plaint de quelques pertes blanches.

Au toucher : rien à signaler.

OBSERVATION 61

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Excellents résultats. — Grossesse ultérieure.

Mme Mag., Elise, 27 ans. Lésions annexielles suppurées.

Un accouchement il y a 5 ans, une fausse couche il y a 3 mois. Depuis douleurs abdominales et métrorragies. Etat général médiocre. Température se maintenant à 38°5.

Intervention le 20 mai 1925.

Laparotomie médiane, tout le pelvis est bloqué par des adhérences, le fond utérin est refoulé en avant.

A droite : kyste suppuré de l'ovaire et salpingite purulente, grosse lésion, libération très difficile, évacuation par aspiration du pus d'une collection du Douglas.

A gauche : lésion beaucoup moins importante, libération des annexes et conservation.

On termine, en laissant un large drainage vaginal et un Mickulicz.

Revue le 25 mars 1926.

Etat de santé parfait, enchantée de l'opération, peut faire un travail pénible, ne souffre plus.

Les règles duraient 4 jours et étaient régulières jusqu'à il y a trois mois. Depuis arrêt des règles.

A l'examen : signes de grossesse certaine, utérus gravide en bonne position, annexes gauches non senties.

Revue le 27 avril 1926.

Toujours excellent état. Continuation d'une grossesse normale.

OBSERVATION 62

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. — Fixation. — Résultats médiocres.

Mme For..., 30 ans.

Passé génital datant de plusieurs mois, traitement médical prolongé.

Intervention le 30 mai 1925.

L'utérus est en rétroversion. Il existe une annexite bilatérale.

A gauche : lésions très marquées, ablation des annexes.

A droite : lésions de salpingite résiduale, la trompe est fermée, salpingostomie.

Fixation à la Pellanda.

Revue le 23 avril 1926.

La malade a été très améliorée par l'intervention, les règles sont maintenant régulières, mais peu abondantes et ne durent qu'un jour, la malade souffre toujours un peu et ne peut pas faire un travail pénible.

Il existe des troubles endocriniens certains. La malade est sujette à des bouffées de chaleur. Son caractère a changé, elle est devenue « nerveuse et violente ».

Il existe des douleurs au moment des rapports sexuels.

OBSERVATION 63

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération et aspiration intra-tubaire. — Excellents résultats.

Mme Bro... Marie, 27 ans.

Métrorragies, pertes blanches et douleurs depuis 6 mois.

Intervention le 20 juin 1925.

Laparotomie médiane; il existe une pelvi-péritonite avec adhérences multiples, l'utérus est soulevé en avant par un gros kyste gauche.

A droite : la trompe est inflammatoire, épaissie, très allongée, adhérente dans le Douglas, conservation de cette anexe après libération et aspiration d'un liquide purulent intra-tubaire.

A gauche : ablation en bloc d'un kyste dermoïde avec contenu pileux abondant et des annexes gauches présentant de grosses lésions.

Revue le 18 avril 1926.

Excellent état général, a repris 6 kilos, peut faire un travail pénible, pas de douleurs, les règles sont normales et durent 4 à 5 jours.

Aucun trouble endocrinien.

Etat local parfait.

OBSERVATION 64

Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit et de la trompe gauche. — Excellents résultats.

Mme Maz..., 26 ans.

Entre pour douleurs abdominales aiguës et pertes blanches datant de 4 mois.

Intervention le 27 juin 1925.

Incision de Pfannenstiel, adhérences à l'épiploon et à l'intestin, lésions annexielles bilatérales.

A droite : trompe fermée avec hydrosalpinx terminal, ovaire sain.

A gauche : trompe ouverte, mais gros ovaire sclérokystique, ablation de la trompe droite et de l'ovaire gauche.

Conservation de la trompe gauche et de l'ovaire droit. Ligamentopexie (Dolérís-Pellanda).

Suites simples.

Revue le 12 février 1926.

Se porte très bien, ne souffre plus, a engraisé de 6 kilogs. Les règles sont régulières et normales, elles ne durent que 4 jours, alors que toujours, même avant les accidents douloureux, elles duraient une semaine.

La malade est domestique et fait un travail pénible. Aucun trouble endocrinien.

La malade déclare désirer vivement un enfant, elle est très satisfaite de savoir que cette éventualité lui reste possible malgré son opération.

OBSERVATION 65

Conservation de l'utérus après myomectomie, et des annexes gauches après libération et énucléation d'un petit kyste.
— *Résultats excellents.*

Mme Po..., 30 ans.

Intervention le 28 juin 1925.

Il existe un petit fibrome du fond utérin qui est enlevé facilement par myomectomie.

A droite : ovaire sclérokystique et lésions salpingées importantes, ablation des annexes droites.

A gauche : surtout péri-salpingite, libération des adhérences et énucléation d'un petit kyste de l'ovaire.

Revue en avril 1926.

La malade va très bien, peut travailler. Les ménorragies ont disparues. Les règles sont normales et durent quatre jours. Pas de troubles endocriniens.

Au toucher : état local excellent.

OBSERVATION 66

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et fixation. — Résultats excellents. — Grossesse.

Mme Pu..., 30 ans.

Intervention le 23 juillet 1925.

Incision de Pfannenstiel : il existe une pelvi-péritonite séreuse avec adhérences multiples recouvrant les annexes.

A droite : grosse lésion tubaire, ablation des annexes.

A gauche : libération des annexes gauches et conservation.

Fixation à la Pellanda.

Revue en janvier 1926.

La malade va très bien, ne souffre plus. Il existe un arrêt des règles de quatre mois. Il s'agit d'une grossesse utérine normale.

Etat local : rien à signaler en dehors des signes de grossesse.

Revue en avril-mai 1926.

Grossesse normale.

OBSERVATION 67

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie. — Bons résultats.

Mme Gre..., 25 ans.

Douleurs abdominales depuis deux ans.

Intervention le 23 septembre 1925.

Laparotomie sous-ombilicale médiane : ablation des annexes droites kystiques.

A gauche : libération des annexes et salpingostomie.

Revue le 6 mars 1926.

Excellent état général, a grossi de 5 kilogs. Fait le métier de tisseuse. Plus de douleurs, réglée 4 jours abondamment et régulièrement.

Au toucher : rien à signaler, sauf un utérus un peu gros.

OBSERVATION 68

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Excellents résultats.

Mme Cha..., 30 ans.

Entre pour douleurs aiguës abdominales, l'examen conclut à une grossesse extra-utérine possible.

Intervention le 25 septembre 1925.

Laparotomie médiane. Il s'agit d'une annexite bilatérale.

A gauche : annexes grosses et purulentes, trompe fermée, ablation totale.

A droite : salpingite purulente, mais le pavillon tubaire est ouvert laissant s'écouler du pus. Conservation après libération des adhérences.

Suites simples.

Revue le 28 février 1926.

Résultats excellents, se déclare guérie, ne souffre absolument plus, a repris 6 kilogs.

Les métrorragies ont disparu, les règles durent 4 jours et sont régulières.

Au toucher : état local parfait.

Pas de troubles d'ordre psychique, frigidité génitale.

OBSERVATION 69

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et de l'ovaire gauche, après salpingectomie sous-séreuse gauche. — Bons résultats.

Mme Ga..., 38 ans.

Douleurs abdomino-pelviennes depuis plusieurs mois. Echec du traitement médical.

Intervention le 10 octobre 1925.

Incision de Pfannenstiel.

A droite : il existe un kyste inflammatoire de l'ovaire qui est prolabé dans le Douglas et adhérent. Ablation de l'ovaire. Conservation de la trompe qui est à peu près saine.

A gauche : ovaire sain, trompe droite adhérente et obli-

térée. Salpingectomie sous-séreuse pour ménager l'irrigation de l'ovaire conservé.

Ablation de l'appendice. Ligamentopexie.

Revue le 16 mai 1926.

Etat général excellent, a engraisé de 6 kilogrammes, ne souffre plus du tout. Régulée régulièrement pendant 5 jours chaque mois. Pas de troubles d'ordre endocrinien : au contraire, se déclare beaucoup plus calme et moins irritable qu'avant l'intervention.

Etat local : rien à signaler, sauf quelques pertes blanches.

OBSERVATION 70

Conservation de l'utérus et des annexes droites après énucléation d'un kyste ovarique. — Bons résultats.

Mme Mab... Jeanne, 18 ans.

A la suite d'un accouchement récent, entre pour rétroversion et salpingite basse bilatérale.

Intervention le 24 octobre 1925.

Laparotomie médiane, ablation des annexes gauches.

A droite : énucléation d'un kyste gros comme une mandarine et conservation.

Fixation à la Doléris-Pellanda.

Revue en février 1926.

Se porte bien, a repris 3 kilogs, peut travailler dans une usine, ne souffre plus, les règles sont régulières, mais abondantes avec quelques caillots.

Revue en mai 1926.

Excellent état général et local, travaille. Règles durant six jours, plus de caillots, aucun trouble d'ordre ovarien.

OBSERVATION 71

Conservation de l'utérus et des annexes droites après expression et aspiration du pus intra-tubaire. — Excellents résultats. — Grossesse ultérieure.

Mme Mar..., 27 ans. Salpingite purulente bilatérale.

Début aigu des accidents il y a un mois et demi, Blennorragie vraisemblable. Cystite aiguë.

Intervention le 30 octobre⁴ 1925.

Incision de Pfannenstiel.

L'utérus apparaît très gros et revêtu de quelques exsudats. La trompe droite facilement libérée est turgescente, du volume du pouce : son pavillon largement ouvert laisse sourdre du pus franc. L'ovaire augmenté de volume offre quelques exsudats à sa surface. Léger œdème du ligament large. De ce côté, on se contente d'évacuer le pus intra-tubaire par pression et par aspiration.

A gauche : lésions plus accentuées. Les annexes sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et latéral, on les libère au doigt. Au cours de ces manœuvres, ouverture d'une poche volumineuse purulente qui est immédiatement aspirée. Les annexes attirés au dehors montrent de grosses lésions inflammatoires, la trompe commence à se distendre et présente vers son ampoule une coloration grise, gangréneuse. Pour cette raison, ablation des annexes gauches.

Après assèchement du pelvis et écouvillonnage à l'éther, on ferme sans drainage.

Revue le 15 mai 1926.

Excellent état général, peut travailler, a repris plusieurs kilogrammes. Les règles ont été normales durant 5 jours jusqu'au 15 février. Depuis cette date, arrêt des règles. Depuis signes nets de grossesse : quelques douleurs survenues par crises sont à noter, traduisant probablement des ruptures d'adhérences.

Etat actuel : Grossesse normale de 3 mois environ. Fond utérin à 4 bons travers de doigt du pubis et dévié à droite. Aucune menace de fausse couche.

OBSERVATION 72

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. — Bons résultats.

Mme Lor...

Il s'agit de lésions annexielles post-puerpérales.

Intervention le 6 novembre 1925.

Laparotomie médiane.

L'utérus apparaît coiffé sur la corne gauche d'une masse inflammatoire formée par une salpingo-ovarite du volume d'une orange (ovaire kystique à contenu séreux, et trompe fermée).

Le côlon iliaque est adhérent aux deux annexes, il existe de grosses poches claires de pelvi-péritonite séreuse.

L'annexe droite est englobée par des adhérences, mais l'ovaire est relativement sain et la trompe perméable.

Ablation des annexes droites, libération pénible des annexes gauches et conservation.

Péritonisation haute.

Revue en avril 1926.

Se porte bien, a engraisé, peut travailler

OBSERVATION 73

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. — Appendicectomie et ligamentopexie. — Bons résultats.

Mme Drey..., 27 ans.

Soignée depuis un an médicalement pour métrite hémorragique.

Intervention le 7 décembre 1925.

Incision de Pfannenstiël. On note :

A gauche : annexite volumineuse, l'ovaire et la trompe ne forment qu'un seul bloc inflammatoire. Ablation des annexes gauches.

A droite : annexite adhérente avec trompe fermée. Libération et salpingostomie droite.

Appendicectomie et ligamentopexie intra-péritonéale.

Revue le 27 mai 1926.

Excellent état général, très satisfaite, ne souffre plus.

Les règles sont redevenues normales et durent 3 jours. Aucun trouble endocrinien. Sens génésique normal.

OBSERVATION 74

Ovarite double, adénomyomes des trompes, conservation totale après résection et réimplantation tubaire. — Bons résultats.

Mme Frig..., 24 ans.

Entre pour stérilité et dysménorrhée très douloureuse. Réclame une intervention.

Intervention le 15 janvier 1926.

Incision de Pfannenstiël, on constate :

1° Des ovaires d'aspect nettement pathologique très gros et très blancs avec micro-kystes.

2° Deux adénomyomes sur la racine des deux trompes, leur situation est plus tubaire qu'utérine, ils apparaissent expliquant à la fois la dysménorrhée et la stérilité, le gauche est le plus volumineux. Il est du volume d'un gros noyau de cerise et c'est en outre de ce côté où les souffrances siègent le plus.

On pratique :

1° Une résection de l'adénomyome gauche et on néglige le droit, on réimplante la trompe gauche par une surjet au catgut prenant le péritoine du côté de la trompe et toute l'épaisseur de la paroi du côté de l'utérus. Le résultat opératoire est très satisfaisant.

2° Une sympathéctomie hypogastrique bilatérale avec contraction artérielle obtenue plus à droite qu'à gauche.

Revue le 26 avril 1926.

Excellent état général, se déclare très améliorée, les règles ont été normales et beaucoup plus abondantes, elle n'a souffert qu'une demi-heure et peu le premier jour. A noter que le siège de cette douleur était à gauche, alors que la résection de l'adénomyome avait été pratiquée à droite.

Au toucher : utérus un peu gros, rien autre à signaler. Pas de trouble d'ordre endocrinien.

OBSERVATION 73

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération et désoblitération tubaire. — Fixation. — Résultats excellents.

Mme Du..., 30 ans.

Lésions salpingées, traitées médicalement depuis 4 ans. Persistance de douleurs abdominales et de ménorragies.

Intervention le 5 janvier 1926.

Incision de Pfannenstiel.

Il existe un processus de péritonite chronique avec nombreuses brides bloquant les annexes qui sont collées dans les deux gouttières latérales.

A gauche : grosse lésion des annexes, ablation.

A droite : décollement difficile des annexes, on libère la trompe de l'ovaire et on ouvre le pavillon qui était fermé. Reconstitution du Douglas.

Raccourcissement des ligaments ronds par plicature.

Revue le 2 mai 1926.

La malade a eu depuis l'intervention trois fois ses règles : celles-ci ont eu lieu à date fixe, et ont duré quatre jours, sans caillots.

Pas de troubles endocriniens.

Etat local parfait.

Excellent état général, peut travailler.

OBSERVATION 76

Conservation de l'utérus des deux ovaires et de moignons tubaires. — Tuberculome des deux trompes. — Résultats médiocres.

Mme Trich... Marie, 30 ans.

Depuis trois mois, pertes blanches abondantes et douleurs abdominales, antécédents tuberculeux certains, état général médiocre.

Intervention le 16 janvier 1926.

Laparotomie médiane. Il existe deux tuberculomes des

trompes localisés à la portion des pavillons. Quelques granulations sur le péritoine.

On se contente de réséquer la portion distale des deux trompes.

Conservation de l'utérus des deux ovaires et des deux petits segments tubaires paraissant perméables.

Revue le 23 avril 1926.

Les règles sont redevenues normales et indolores, les pertes blanches ont diminué.

La malade ne souffre plus, il existe une légère amélioration de l'état général. Entre temps la malade a subi l'énucléation de l'œil gauche pour phlegmon de l'orbite.

Injection de lipiodol Lafay intra-utérin 10 cent³ : le cliché montre un rétrécissement isthmique : pas de lipiodol dans les moignons tubaires bien que les cornes utérines soient injectées.

OBSERVATION 77

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. — Bons résultats.

Mme Rou..., 35 ans.

Douleurs abdominales et métrorragies, deux fausses couches antérieures: échec du traitement médical.

Intervention le 3 février 1926.

Incision de Pfannenstiel; pelvi-péritonite plastique recouvrant les deux annexes qui sont dans le Douglas; libération laborieuse des deux côtés.

A droite : il existe de grosses lésions annexielles, la trompe est fermée, ablation en bloc des annexes droites.

A gauche : conservation après libération.

Revue le 7 mai 1926.

La malade ne souffre plus du tout et peut travailler, les règles sont normales durant trois jours, aucun trouble endocrinien ni d'ordre génital.

Au toucher : rien à signaler.

OBSERVATION 78

Conservation de l'utérus des deux trompes après ablation, de l'ovaire droit et d'une résection partielle de l'ovaire gauche. — Résultat assez bon.

Mme Nig., Marie, 28 ans.

Grossesse angulaire de 2 mois suivie d'une fausse couche en novembre 1925 et ayant nécessité un curage. Métrorragie et pertes blanches en décembre, depuis douleurs abdominales et température.

Intervention le 10 février 1926.

Laparotomie médiane, on note :

A droite : Ovaire sclero-kystique, grosse lésion et adhérences, ablation de l'ovaire après sa libération.

A gauche : ovaire également kystique, très adhérent mais lésions moins accentuées. On se contente d'une résection d'un kyste le plus volumineux, et l'on pratique des points d'ignipuncture sur les autres.

Suites simples.

Revue en avril 1926.

Bon état général, règles normales et indolores de quatre jours, peut travailler.

Se plaint cependant de douleurs abdominales vagues. Au toucher : on sent à gauche l'ovaire gros et douloureux. Pas de signes d'insuffisance ovarienne.

Revue fin avril 1926.

Etat très amélioré, les lésions ovariennes gauches ont très diminuées.

OBSERVATION 79

Salpingite résiduale gauche. — Conservation totale après expression tubaire droite pour grossesse extra-utérine. — Bons résultats.

Mme Du..., 25 ans.

Signes nets de grossesse tubaire en voie de rupture.

Intervention le 17 novembre 1926.

Le petit bassin est rempli par des caillots et du sang liquide évacué par aspiration.

Il s'agit d'un avortement tubaire : le pavillon de la trompe droite est largement ouvert et l'œuf ne tient plus qu'à l'extrémité des franges. En raison des lésions à gauche, on se décide à conserver entièrement les annexes droites après ablation de l'œuf et expression tubaire. Il existe en effet à gauche une salpingite résiduale, la trompe est fermée et très distendue : on ne se décide pas à faire une salpingostomie à gauche de crainte d'infection possible.

Revue le 15 mai 1926.

Excellent état général, ne souffre plus, peut travailler, a engraisé de plusieurs kilogrammes. Les règles sont devenues régulières et durent six jours. Etat local : quelques pertes blanches. Au toucher ; utérus rétroposé en bonne position.

OBSERVATION 80

Conservation totale après incision d'une double ovarite suppurée et large drainage. — Excellents résultats.

Mme Ba..., 17 ans.

Accouchement le 20 janvier 1926, enfant bien portant, suites de couches fébriles, la température s'est maintenue à 40° jusqu'à son entrée dans le service, la malade était traitée comme atteinte d'un phlegmon du ligament large.

Intervention le 10 mars 1926.

Laparatomie médiane, on note un volumineux utérus d'aspect bicorné.

A gauche : masse inflammatoire annexielle en situation basse, plongeant dans le Douglas.

On évacue une collection suppurée gauche par aspiration, il s'agit d'une ovarite suppurée, la trompe gauche est intacte; de même à droite la trompe est œdématisée, mais sa lumière est perméable et de même il existe un abcès ovarien du volume d'un œuf de dinde.

En présence de l'intégrité des trompes on fait une tentative extrême de conservation, l'utérus est libéré sur sa face antérieure et les deux ovaires sont largement incisés, leur cavité est tamponnée par une mèche.

On place dans le Douglas un volumineux Mickulicz.

Suites : assez complexes en raison de l'état pyohémique et d'une escharre sacrée profonde.

Au bout de dix jours baisse progressive de la température.

Sort du service le 20 avril.

Revue le 20 mai 1926.

A eu des règles normales, pas de troubles endocriniens. Excellent état général. Se déclare très satisfaite. Coût non douloureux.

Etat local : Rien à signaler. Cicatrice défectueuse, au niveau du Mickulicz.

OBSERVATION 81

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération tubaire. — Bons résultats immédiats.

Mme Poi..., 25 ans.

Une fausse couche il y a cinq ans, depuis pertes blanches et douleurs intermittentes, il y a un mois forte température à 40° avec grosse réaction péritonéale, persistance des accidents malgré le traitement médical, opération d'urgence.

Intervention le 7 avril 1926.

Laparotomie médiane, tout le pelyvis est recouvert par l'épiploon adhérent, libération laborieuse des adhérences du péritoine vésical et du côlon illiaque.

A droite : masse annexielle du volume d'une mandarine plongeant vers le Douglas, aspiration d'une poche purulente, ablation en bloc des annexes droites.

A gauche : la trompe est turgescente (comme une appendicite aiguë) très rouge du volume du pouce. On fait une tentative extrême de conservation après détachement du pavillon de son adhérence utérine.

Revue en mai 1926.

Pendant trois jours, suites immédiates graves avec réaction péritonéale, puis évolution rapide vers la convalescence, ne souffre plus. Résultats trop récents pour être appréciés.

OBSERVATION 82

Ancienne grossesse extra-utérine droite, nouvelle grossesse tubaire gauche, conservation de l'utérus et des annexes gauches après expression tubaire. — Bons résultats.

Mme Bou..., 32 ans.

Une fausse couche il y a trois ans, une grossesse tubaire il y a deux ans opérée d'urgence; ablation des annexes droites. Actuellement nouvelle grossesse tubaire gauche; la malade désire vivement une maternité.

Intervention le 10 avril 1926.

Laparotomie médiane, on trouve du sang dans le ventre en abondance; on attire facilement au dehors la trompe gauche très distendue par une grossesse tubaire en voie de fissuration.

A droite : on trouve la cicatrice de l'ablation antérieure des annexes, le ligament rond seul a été conservé, on pratique alors une intervention conservatrice : agrandissement de la fissure et extraction de l'œuf en entier avec son placenta : la trompe est retournée en doigt de gant. Après vérification que le placenta est bien enlevé et que la muqueuse tubaire ne saigne plus, on pratique la réintégration de la trompe dans l'abdomen.

Suites : simples, à noter un petit suintement hémorragique par le vagin ayant duré quelques jours attestant ainsi la perméabilité tubaire.

Guérison.

Revue le 25 mai 1926.

Excellent état général et local. Résultats trop récents pour être appréciés.

(Nous avons placé ici cette observation, à titre de seule exception, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler « d'annexite », mais ce cas posait également le problème de la conservation : nous n'en tenons pas compte dans notre statistique).

B. — Interventions conservatrices ne ménageant
que la Menstruation
ou la sécrétion interne seule (de 83 à 112)

OBSERVATION 83

*Double abcès froid tubaire. — Conservation de l'utérus seul.
— Excellents résultats.*

Mme Fer..., 20 ans.

Souffre du ventre depuis plusieurs années, état général médiocre.

Intervention le 16 avril 1903

Laparotomie médiane.

Il s'agit d'un abcès froid tubaire bilatéral, on libère les deux annexes et l'on pratique leur ablation en totalité; conservation de l'utérus seul; on termine en laissant un Mickulicz.

En juillet 1903.

A noter une fistule stercorale, guérison spontanée au bout de deux mois.

La malade a été revue à différentes reprises, l'état général jusqu'alors précaire s'est transformé. Actuellement : état général et local parfait; bien que la malade n'ait pas ses règles, il n'existe aucun trouble de ménopause chirurgicale, elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur ni aucun trouble vaso-moteur : l'équilibre nerveux est parfait. D'autre part le sens génésique est complètement conservé; satisfaction génitale avouée.

Etat local : la malade a présenté deux ou trois fois à de longs intervalles des évacuations hydropuriques.

OBSERVATION 84

Conservation de l'utérus seul. — Bons résultats.

Mme Mag..., 30 ans environ.

Intervention en 1911.

Ablation bilatérale des annexes par voie vaginale pour grosses lésions annexielles suppurées.

Revue dix ans plus tard.

Etat général excellent, pas de règles; aucun trouble de la ménopause.

Sens génésique non seulement amélioré, mais exagéré : a présenté pendant plusieurs mois un appétit sexuel considérable au point d'en être inquiète.

Ne souffre absolument plus. Se déclare guérie.

OBSERVATION 85

*Conservation de l'utérus et d'un fragment d'ovaire gauche.
— Bons résultats au point de vue gynécologique.*

Infection blennorragique probable.

Intervention le 1^{er} avril 1920.

Grosse lésion annexielle bilatérale, ablation de l'annexe droite très adhérente à l'S illiaque.

A gauche : salpingectomie et conservation d'une partie minime de l'ovaire gauche.

Péritonisation haute assez difficile.

Revue en février 1926.

Réglée assez abondamment cinq jours et régulièrement, aucun trouble de ménopause chirurgicale.

Au toucher : rien de particulier sauf un utérus un peu gros. La malade se plaint de douleurs de siège épigastrique très vives survenant par crises, mais elle est soignée comme tabétique, il existe des signes pupillaires nets les réflexes rotuliens sont abolis.

OBSERVATION 86

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. — Résultats mauvais.

Mme Fer..., 37 ans.

Intervention en septembre 1920.

Il existe une volumineuse annexite double, conservation de l'utérus qui apparaît sain, ablation des annexes gauches et de la trompe droite, conservation de l'ovaire droit.

Revue en février 1926.

Pendant quatre ans l'état général a été excellent avec règles régulières durant six jours, il n'existait aucun trouble de la ménopause.

Mais depuis un an apparition de douleurs abdominales et de fortes métrorragies qui la font entrer à nouveau à l'hôpital.

Le 10 février 1926.

Forte hémorragie avec degré d'anémie sérieux, tamponnement intra-utérin nécessaire.

Le 17 février 1926. Nouvelle intervention.

Laparotomie médiane.

On trouve quelques adhérences de l'épiploon à la paroi et au pelvis; l'ovaire conservé est tombé dans le Douglas qui contient un peu de liquide et des adhérences. Gros utérus pâle et mou. Hystérectomie sub-totale avec péritonisation basse.

Suites opératoires bonnes.

Examen de la pièce (voir cliché) : l'utérus présente des lésions de métrite chronique avec des franges d'endométrite végétante, la paroi est épaissie avec lacune sanguine, l'ovaire est gros comme une noix, il est nettement sclérokystique. Ces lésions apparaissent comme typiques des accidents consécutifs aux interventions conservatrices.

OBSERVATION 87

Conservation de l'ovaire et de la trompe droite seuls. — Bons résultats.

Mme Mon..., 37 ans.

Long passé génital avec pertes blanches et grosse métrite, métrorragie très abondante, masse annexielle gauche.

Intervention le 12 mars 1921.

On pratique une hystérectomie sub-totale avec conservation de l'ovaire droit et de la trompe qui sont sains afin de ménager la nutrition de l'ovaire.

Revue en avril 1926.

Bon état général de la malade, peut travailler, elle n'a

pas eu de troubles de la ménopause, ne se plaint que de quelques pertes blanches.

Au toucher : col un peu gros, culs-de-sacs libres, ovaire laissé non perçu.

OBSERVATION 88

Conservation de l'utérus et des ovaires pour double abcès froid tubaire, excellents résultats.

Mme Celau..., 25 ans.

Pas d'antécédents blennorragiques, état général médiocre, amaigrissement progressif, douleurs pelviennes continues, pertes blanches et métrorragies.

Intervention le 7 janvier 1924.

Incision de Pfannenstiel.

Nombreuses adhérences épiploïques au petit bassin. Audessous se trouvent deux masses annexielles libres, il s'agit d'un double abcès froid tubaire manifeste avec granulations extérieures.

Salpingectomie double, avec conservation de l'utérus et des ovaires.

Examen histologique : lésions de bacillose certaines, inoculation au cobaye positive.

Revue le 25 mars 1926.

Bon état général, a repris 4 kilogs, ne souffre plus, peut travailler comme domestique. Les métrorragies ont disparues, les règles durent trois jours et sont régulières. Pas de troubles endocriniens, ne souffre plus pendant le coït, se déclare guérie. Etat local parfait, utérus petit un peu basculé, ovaires non sentis.

OBSERVATION 89

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Bons résultats.

Mme Bess..., 20 ans.

Douleurs abdominales depuis six mois, métrite et cystite aiguës, blennorragiques dans les antécédents.

Intervention le 30 mars 1924.

Incision de Pfannenstiel.

Il existe de nombreuses adhérences intestinales et épiploïques.

A droite : grosse annexite, il existe un kyste ovarien du volume du poing avec trompe fermée et nodulaire, ablation de cette annexe avec résection en coin de l'insertion tubaire utérine.

A gauche : la trompe est fermée, on tente une salpingostomie mais les résultats en sont peu satisfaisants, ablation de la trompe en sous-séreuse.

Examen histologique : lésion inflammatoire simple.

Revue en décembre 1925.

Bon état général, peut travailler, les règles sont régulières, normales ; aucun trouble endocrinien, sens génésique normal
Etat local : utérus en bonne position, quelques pertes blanches.

OBSERVATION 90

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. — Résultats médiocres.

Mme Car..., 37 ans.

Métrorragies et douleurs abdominales depuis trois mois, antécédents blennorragiques certains.

Intervention le 19 avril 1924.

Incision de Pfannenstiel.

Lésions inflammatoires anciennes, adhérences multiples et solides soudant tous les organes pelviens.

A gauche : volumineux kyste tubo-ovarien, libération et ablation des annexes gauches.

A droite : lésion annexielle accentuée, la trompe ne peut pas être cathétérisée; essais de salpingostomie puis salpingectomie. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit après ponction de l'ovaire au bistouri.

Revue le 24 février 1926.

Malade améliorée, règles durant trois jours, mais irrégulières, anovarisme léger, bouffées de chaleur et vertige; est devenue plus impressionnable.

Frigidité génitale.

OBSERVATION 91

Conservation de l'utérus seul. — Excellents résultats, règles.

Mme Tho..., 33 ans.

Entre pour une volumineuse tumeur abdominale.

Intervention le 24 avril 1924.

Laparotomie médiane sous rachi-anesthésie, on trouve :

À droite : kyste de l'ovaire volumineux (7 litres), ablation des annexes droites.

À gauche : kyste gros comme une orange, trompe sclérosée et imperméable, ablation des annexes gauches, conservation de l'utérus seul.

Revue le 28 mars 1926.

Excellent état général, ne souffre pas; pendant les quatre mois qui ont suivi l'intervention les règles furent absentes et des troubles de la ménopause existèrent à cette époque : trouble du caractère, émotivité, bouffées de chaleur, en même temps une obésité très accentuée était apparue (a pesé 98 klogs), puis des règles irrégulières apparurent tous les deux mois; enfin depuis un an elle est parfaitement réglée quatre jours assez abondamment tous les mois; les troubles de la ménopause ont disparu.

Etat local parfait, quelques pertes blanches.

OBSERVATION 92

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Résultats médiocres.

Mme Gau..., 28 ans.

Grosses souffrances abdominales à la suite d'un accouchement, a été traitée médicalement pendant plusieurs mois, pertes blanches abondantes.

Intervention le 23 avril 1924.

Incision de Pfannenstiel.

Il existe une double annexite prolabée dans le Douglas et bloquée par l'utérus qui est en rétroversion.

À droite : volumineux pyosalpinx, ablation des annexes.

A gauche : la trompe est fermée, salpingectomie.
Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. Pas de drainage.

Revue en mai 1926.

La malade a beaucoup engraisé et peut travailler, elle a été très bien pendant un an.

Les règles durent trois jours et sont irrégulières, il existe de la dysménorrhée douloureuse depuis ces derniers mois.

Amélioration du sens génésique, ne souffre plus pendant les rapports.

A l'examen, au toucher : l'utérus est attiré à droite et reste mobile, gros col de multipare métritique, traitement médical à ce sujet.

OBSERVATION 93

Hystérectomie fundique. — Excellents résultats.

Mme Pia..., 40 ans.

Douleurs violentes et métrorragies avant l'opération. Echec du traitement médical.

Intervention le 7 mai 1924.

On trouve une salpingite bilatérale fermée avec grosses lésions ovariennes. Hystérectomie fundique.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, ne souffre plus du tout, mène une vie normale.

Les règles n'existent plus : pas de troubles de la ménopause nets. Seules quelques bouffées de chaleur transitoires. Pas de troubles d'ordre génital. Se déclare très satisfaite de l'intervention.

OBSERVATION 94

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. — Résultats bons.

Mme Bor..., 25 ans.

Intervention le 13 août 1924.

L'utérus est attiré en haut et à droite très fortement par sa corne à laquelle est fixé un pédicule à insertion haute, le

corps utérin a en outre tourné sur lui-même, l'annexe gauche étant fixée dans le Douglas. Les annexes droites sont coincées entre ce pédicule et le ligament rond; on constate sur le trajet de ce pédicule une masse grosse comme une noix adhérente à l'appendice et à l'épiploon, on sectionne le cordon fibreux et résèque de l'appendice. On libère les adhérences épiploïques, et on termine en réséquant en coin l'insertion utérine du cordon fibreux au niveau de la corne droite. Les annexes gauches sont décollées du Douglas, ablation en totalité de ces annexes.

A droite : ablation de la trompe seule qui est fermée. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Fixation à la Pellanda.

Examen de la pièce.

Les trompes sont sclérosées et fermées des deux côtés, l'ovaire gauche est kystique et œdématisé ; la masse sur le cordon fibreux est un myome pédiculé.

Revue en janvier 1926.

Excellent état général peut, travailler, les règles sont régulières et durent trois jours.

Pas de troubles endocriniens, cependant les désirs sexuels sont très diminués, le coït est légèrement douloureux.

OBSERVATION 95

Conservation de l'utérus seul. — Bons résultats.

Mme Ver..., 40 ans.

Intervention le 7 octobre 1924.

Laparotomie médiane.

Il existe un kyste ovarique volumineux des deux côtés. Inflammations des trompes et adhérences. Libération des adhérences et ablation bilatérale des annexes.

Revue en mai 1926.

L'opérée va très bien, elle a engraisé de 7 kilogrammes et mène une vie normale. Elle n'est pas réglée depuis l'intervention et a présenté quelques troubles de la ménopause, mais très minimes consistant en de simples bouffées de chaleur.

Aucun trouble d'ordre général.

OBSERVATION 96

Conservation de l'utérus seul. — Echec.

Mme Moi..., 37 ans.

Douleurs abdominales datant de un an, avec épisodes aiguës péritonéaux.

Intervention le 28 janvier 1925.

Laparotomie médiane.

On trouve le pelvis occupé par des masses annexielles volumineuses et adhérentes.

A gauche : il existe un kyste ovarique plus gros qu'une orange, peu tendu et bas situé. Libération des adhérences.

A droite : kyste de l'ovaire encore plus gros, mais plus élevé et très mobile.

Ovariectomie double.

Revue le 19 mars 1926.

On a des nouvelles de la malade; pendant deux mois l'état général a été satisfaisant, elle a dû être opérée ensuite d'urgence pour une hernie épigastrique; depuis cette opération elle a beaucoup maigri et souffre de l'abdomen.

La malade présente des troubles de ménopause chirurgicale certains; elle est très incommodée par des troubles vasomoteurs presque quotidiens; elle est devenue très nerveuse, l'insomnie est la règle; le 2 janvier dernier, elle a présenté brusquement un état « d'hallucination » et aurait été presque « démente » pendant une quinzaine de jours, puis cet état psychique aurait brusquement cessé.

OBSERVATION 97

Hystérectomie fundique. — Excellent résultat : règles pendant deux mois.

Mme Res..., 38 ans.

Cinq grossesses antérieures, douleurs abdominales datant de cinq mois, état général médiocre, avec phénomènes d'obstruction intestinale.

Intervention le 14 février 1925.

Laparotomie médiane.

Il s'agit d'une volumineuse masse inflammatoire formée par deux annexites à parois scléreuses qui bloque l'utérus, libération difficile des deux annexes, on termine par une hystérectomie fundique en laissant un drainage pelvien.

Examen histologique : salpingite chronique.

Revue le 7 mars 1926.

Excellent état général, la malade a engraisé de 10 kilogs, elle est cultivatrice et fait des travaux pénibles, il y a six mois la malade a eu des petits écoulements sanguins d'une journée et demie interprétés comme des règles, le mois suivant phénomène identique.

Depuis aménorrhée et apparition subite de troubles de la ménopause très nets : bouffées de chaleur, nervosisme et surtout irritabilité qui inquiètent la malade. Ces troubles n'ont pas existé lors de ses règles il y a six mois.

OBSERVATION 98

Conservation de l'utérus seul. — Excellents résultats. — Menstruation conservée.

Mme Cor..., 18 ans.

Entre dans le service pour « salpingite bacillaire ». Douleurs abdominales vives depuis deux mois. Masses péritonéales senties à la palpation. Grosses lésions annexielles perçues au toucher.

Intervention le 14 avril 1925.

Laparotomie médiane.

Le côlon sigmoïde, les anses grêles, le cæcum sont intimement adhérents. Le Douglas est occupé par une volumineuse masse suppurée. On pratique une ablation bilatérale des annexes et l'on conserve l'utérus seul, bien que toute conservation ovarienne soit impossible.

Revue le 7 mai 1926.

Excellent état général, a engraisé de 12 kilogrammes, ne souffre absolument plus, peut faire un travail pénible, se déclare guérie.

Contrairement à toute attente, l'opérée présente des règles

normales et régulières durant cinq jours. Elle n'a aucun trouble endocrinien et se déclare très satisfaite de son opération au point de vue génital.

OBSERVATION 99

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. — Bons résultats.

Mme Ven..., 25 ans.

Soignée depuis plusieurs années médicalement pour salpingite.

Intervention le 15 mai 1925.

Incision de Pfannenstiel.

Des adhérences épiploïques recouvrent les deux annexes qui sont comme nouées derrière l'utérus.

A gauche : grosse lésion, trompe fermée, ablation des annexes.

A droite : salpingectomie et conservation ovarienne.

Conservation de l'utérus qui apparaît sain.

Revue le 7 mars 1926.

Ne souffre plus, peut travailler, règles à peu près normales depuis cinq mois et durant six jours, pas de troubles endocriniens, le coït n'est plus douloureux, satisfaction génitale depuis l'intervention.

OBSERVATION 100

Hystérectomie subtotale haute avec conservation de l'ovaire gauche. — Bons résultats. — Règles constatées une fois.

Mme Gar... Marie, 23 ans.

Passé génital très chargé, bartholinite à 16 ans, fausse couche en 1921, avec infection grave, depuis douleurs abdominales fréquentes et pertes abondantes.

Intervention le 6 août 1925.

Incision de Pfannenstiel.

Il existe à droite un gros hydrosalpinx du volume du poing:

A gauche : la trompe est scléreuse fermée et collée dans le Douglas.

Hystérectomie subtotala haute par section cunéiforme, thermocautérisation du col.

Curettage de l'orifice fistuleux de la glande de Bartholin.
Revue en décembre 1925.

Excellent état général, pas de douleurs, peut travailler, pas de troubles endocriniens, aurait eu une fois ses règles, ne se plaint que de pertes blanches.

Etat local : gros col œdémateux, galvanocautérisation. La malade a été perdue de vue depuis cette date, on sait cependant qu'elle va bien.

OBSERVATION 101

Conservation de l'utérus seul avec greffe ovarienne épiploïque. — Résultats excellents. — Règles.

Mme Cha... Emma, 19 ans.

Antécédents blennorragiques probables, échec du traitement médical, mauvais état général avec température.

Intervention le 19 août 1925.

Il existe une annexite suppurée bilatérale, nécessitant l'ablation des deux annexes, appendicectomie.

Etant donné le jeune âge de la malade on pratique une auto-greffe dans l'épiploon; conservation de l'utérus. Pas de drainage.

Revue en mai 1926.

La malade va très bien et peut travailler, elle a engraisé de 3 kilogs, jusqu'en avril elle n'a pas été réglée, puis des règles à peu près normales sont apparues et les signes très nets d'anovarisme (bouffées de chaleur très fréquentes, irritabilité, susceptibilité, etc.), quelle présentait ont disparu depuis cette époque; à la même date elle a constaté un gonflement des seins passager.

OBSERVATION 102

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Bons résultats.

Mme Fra..., 33 ans.

Début aigu des accidents il y a trois mois, trois crises douloureuses abdominales vives s'étant accompagnées de pertes rouges, traitement médical pendant deux mois; échec.

Intervention le 6 juin 1925.

Incision de Pfannenstiel.

Il existe une pelvi-péritonite intense.

A droite : gros pyosalpinx du volume du poing occupant le Douglas, ablation des annexes en totalité.

A gauche : il existe également des lésions suppurées, mais moins intenses, libération de la trompe et salpingectomie.

Conservation de l'utérus qui apparaît sain et de l'ovaire gauche porteur de kystes inflammatoires.

Colpotomie et mèche de drainage.

Suites : bonnes, albuminurie pendant une quinzaine de jours.

Revue en avril 1926.

Bon état général, peut travailler, règles durant six jours et régulières; à signaler quelques bouffées de chaleur survenant huit à dix jours tous les mois.

Au toucher : état local parfait.

OBSERVATION 103.

Conservation de l'utérus et greffe ovarienne. — Résultats excellents. — Reprise des règles.

Mme Rou... Benoîte, 29 ans.

Long passé génital, une colpotomie en novembre 1923.

Intervention le 24 septembre 1925.

Incision de Pfannenstiel.

On trouve une annexite bilatérale ancienne avec poche multiple de pelvi-péritonite. Les deux annexes sont très adhérentes, leur libération est laborieuse.

A gauche : ovaire kystique, trompe fermée .

A droite : essais de salpingostomie et de conservation ovarienne absolument impossible.

On pratique alors l'ablation des deux annexes et une conservation de l'utérus avec greffe d'un fragment d'ovaire dans l'épiploon.

Revue le 20 janvier 1926.

La malade se porte bien et peut travailler, elle ne souffre plus, elle n'a que de vagues tiraillements qui ne l'obligent pas à s'arrêter dans son travail.

Les règles ont cessé, il y a quelques troubles de ménopause consistant en bouffées de chaleur et crise d'irritabilité très nettes.

Une période de surexcitation génitale eut lieu en janvier et a cessé depuis.

Examen local très satisfaisant, on note cependant très nettement un peu de douleur et une sensation de résistance lorsqu'on palpe profondément un point limité de la région hypogastrique qui correspond sans doute à l'ovaire greffé.

Revue le 15 avril 1926.

La malade a eu ces deux derniers mois des règles normales de quatre jours, les troubles de la ménopause ont entièrement disparu.

Etat général et local excellent.

OBSERVATION 104

Hystérectomie subtotale haute avec conservation de l'ovaire.

— *Excellents résultats. — Règles.*

Mme Cou..., 20 ans.

Douleurs violentes abdominales avec métrorragie à la suite d'une fausse couche il y a cinq mois, échec du traitement médical.

Intervention le 7 octobre 1925.

Incision de Pfannenstiël.

La trompe gauche est fermée et pleine de pus; la trompe droite est sclérosée avec un ovaire droit kystique et atrophié.

On pratique un hystérectomie subtotala haute avec conservation de l'ovaire gauche qui est à peu près sain.

Revue le 3 mai 1926.

Excellent état général, a regagné 8 kilogs, peut travailler, se déclare enchantée de son intervention, ne souffre plus dans les rapports sexuels, sens génésique très amélioré. A eu quelques troubles vasomoteurs, les premiers mois qui ont suivi l'intervention.

Ces deux derniers mois elle a eu des règles durant vingt-quatre heures environ, peu marquées mais nettes, l'obligeant à se garnir et à époques normales; les bouffées de chaleur qu'elle présentait ont disparu.

OBSERVATION 105

Conservation de l'utérus seul. — Bons résultats.

Mme Rob..., 32 ans.

Antécédents blennorragiques vraisemblables, douleurs abdominales vives depuis trois mois, traitée par une thérapeutique médicale; à l'entrée à l'hôpital, état général grave, avec température élevée et albuminurie.

Intervention le 27 octobre 1925.

Laparotomie médiane.

Pelvi-péritonite plastique : dès la libération des adhérences le pus s'écoule, aspiration d'une pelvi-péritonite enkystée péri-tubaire. Libération laborieuse du côlon sigmoïde. Les deux ovaires forment deux poches kystiques purulentes, aucune conservation n'est possible, ablation bilatérale et conservation de l'utérus seul.

Une mèche est placée dans le Douglas sortant par un orifice de colpotomie antérieure.

Revue en avril 1926.

Excellent état général, ne souffre plus, peut travailler, pas de menstruations, troubles endocriniens très légers n'inquiétant pas la malade.

Etat local excellent.

Ne souffre pas dans les rapports sexuels, satisfaction génitale conservée.

OBSERVATION 106

Conservation de l'utérus et d'un fragment minime de l'ovaire gauche. — Bons résultat.

Mme Ri..., 29 ans.

Intervention le 27 novembre 1925.

Laparotomie médiane.

On trouve une grosse annexite suppurée bilatérale, bloquant l'entrée du Douglas et refoulant en avant un petit utérus; tentative d'intervention conservatrice.

A gauche : on commence par libérer les annexes et l'on parvient à conserver un lambeau tout à fait minime d'ovaire bien que la lésion soit plus ovarienne que salpingée.

A droite : ablation de l'annexe en totalité.

La face droite de l'utérus reste dénudée, il est nécessaire de lier l'artère utérine droite.

En raison des phénomènes infectieux récents on place un petit Mickulicz.

Revue le 28 avril 1926.

La malade va très bien, a engraisé, peut travailler; les premières règles après l'opération ont duré quatre jours et ont été douloureuses, les suivantes ont été régulières de même durée et sans douleur.

Frigidité génitale particulièrement accentuée en février, depuis, retour à la normale.

OBSERVATION 107

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Bons résultats

Mme Rey..., 25 ans.

Un accouchement antérieur récent, métrorragie abondantes et douleurs depuis plusieurs mois.

Intervention le 11 décembre 1925.

Laparotomie médiane, il existe deux annexites qui plongent dans le bassin et sont recouvertes d'adhérences.

À gauche : libération laborieuse, on se contente de ce côté d'enlever la trompe seule qui est fermée et remplie de pus et l'on conserve l'ovaire et le ligament rond.

A droite : la trompe a le volume d'un gros œuf de poule.

L'ovaire lui est adhérent et volumineux, ablation des annexes droites.

Revue en avril 1926.

Excellent état général, la malade travaille comme domestique. Les règles sont normales et régulières.

Pas de troubles endocriniens.

Au toucher, rien à signaler.

OBSERVATION 108

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Bons résultats.

Mme Gal... Gilbert, 21 ans.

Douleurs depuis trois mois, échec du traitement médical, état aigu à l'entrée avec forte réaction péritonéale.

Intervention le 23 décembre 1925.

Pfannenstiël. On trouve des lésions annexielles bilatérales basses occupant le Douglas, leur libération est laborieuse.

A droite : très grosse lésion, ablation des annexes en totalité.

A gauche : ablation de la trompe seule, conservation de l'ovaire. Fixation par un point réunissant le côlon sigmoïde au ligament rond.

Revue le 3 avril 1926.

Excellent état général, a repris plusieurs kilogs, ne souffre plus, est placée comme domestique, les règles durent quatre jours et sont normales.

Aucun trouble d'ordre endocrinien.

Au point de vue génital, amélioration, ne souffre plus pendant les rapports sexuels.

Au toucher : état local parfait, ovaire non senti.

OBSERVATION 109

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. — Décès.

Mme Mey..., 31 ans.

Antécédents syphilitiques certains, souffre du ventre depuis 4 ans, état général médiocre.

Intervention le 30 décembre 1925.

Il s'agit d'une double salpingo-ovarite ancienne, les trompes sont fermées.

A gauche : ablation en bloc des annexes.

A droite : ablation de la trompe droite et énucléation d'un petit noyau fibromateux au niveau de la corne droite.

Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus qui est noté gros et mou.

Décès trente-six heures après l'intervention, avec des signes d'hémorragie interne et réaction péritonéale, la température est montée brusquement à 41°.

Autopsie. — Environ 500 gr. de sang dans le ventre, il n'y a pas de ligatures qui ont lâché.

La présence d'un érysipèle chez une malade voisine fait penser à une contagion pouvant expliquer l'état septicémique aigü présenté par la malade.

OBSERVATION 110

Conservation de l'utérus seul. — Bons résultats.

Mme Bar..., 28 ans.

Depuis un mois, pertes blanches abondantes et douleurs abdominales vives, échec du traitement médical, aggravation de l'état général, la température se maintenant entre 38° et 39°.

Intervention le 18 février 1926.

Pfannenstiel. Il existe une salpingite bilatérale, on libère difficilement des adhérences avec le côlon iliaque, qui est dépéritonisé sur 10 centimètres environ, ouverture d'une pelvi-péritonite suppurée à gauche, aspiration.

Grosses lésions tubo-ovariennes des deux côtés avec trompes fermées, l'utérus apparaît petit et sain.

Ablation des annexes, conservation de l'utérus seul.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, peut travailler, troubles de la ménopause insignifiants, quelques bouffées de chaleur, pas de menstruation.

Etat local excellent, rien à signaler, au toucher l'utérus a gardé sa position normale.

OBSERVATION 111

Conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche. — Bons résultats.

Mme Saa..., 24 ans.

Début des accidents il y a quatre ans, antécédents blennorragiques certains.

Intervention le 19 février 1926.

Laparotomie médiane. On perçoit à gauche une masse kystique du volume du poing recouverte par la trompe. Adhérences de l'anse sigmoïde détachées avec prudence. Néanmoins, on fait une petite ouverture à la trompe par où s'échappe du pus.

A gauche : salpingite oblitérante résiduale. La trompe se présente sous la forme d'un cordon induré, sur lequel on essaye en vain de découvrir une lumière en vue d'une salpingostomie. On pratique alors l'ablation de la trompe par *décollement sous-séreux* rétrograde, afin de ménager l'irrigation de l'ovaire. Suture des feuillets du méso-ovaire laissés en place.

A droite : grosses lésions salpingées et kyste ovarique. Ablation des annexes en bloc avec conservation du ligament rond.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, ne souffre plus, règles normales et régulières de 4 jours.

Aucun trouble d'ordre psychique ou vaso-moteur, sens génésique augmenté.

OBSERVATION 112

Conservation de l'utérus seul. — Bons résultats.

Mme Bas.,. 40 ans.

Entre pour douleurs abdominales et douleurs pelviennes.

Intervention le 5 avril 1926.

Incision de Pfannenstiel.

A gauche : on trouve un fibrome de l'ovaire gauche du volume d'une orange, ablation de l'annexe gauche.

A droite : on constate un gros varicocelle tubo-ovarien avec un ovaire qui est kystique, inflammatoire et adhérent. Libération des adhérences et ablation des annexes gauches.

Revue en mai 1926.

Bon état général, peut travailler.

Troubles endocriniens insignifiants.

Etat local : utérus normal.

Résultats

Nous avons ainsi réuni 112 *observations inédites* concernant des résultats éloignés d'*interventions conservatrices pour annexites bilatérales*. L'âge à l'opération, pour la très grande majorité, oscille entre 20 et 30 ans (les deux cas extrêmes étant 16 et 40 ans); aussi les opérateurs ont-ils été fortement imprégnés de l'idée de conservation. Il s'agit, dans la plupart de nos observations, de cas subaigus ou chroniques; le traitement médical a été institué le plus souvent pendant quelque temps (en moyenne deux mois) et a échoué totalement ou partiellement; le plus souvent, la malade réclame alors une intervention libératrice pour des phénomènes douloureux qui ne cèdent pas au repos. Or, chez ces malades, dont 85 pour 100 environ sont des femmes de clientèle hospitalière aux professions diverses et obligées de travailler pour vivre, on ne peut pas prolonger trop l'expectative. Dans 14 cas seulement (sur 112) l'intervention a dû être pratiquée d'urgence : il s'agissait alors soit de phénomènes généraux très graves (5 cas), soit de grossesse ectopique coexistante ou faussement diagnostiquée (5 cas), soit de métrorragies graves (4 cas).

Les résultats éloignés que nous publions sont forcément de valeur inégale, le plus ancien datant de 24 ans, les plus récents de quelques mois; mais, pour la très grande majorité de nos observations, nous pouvons avancer que les résultats publiés ont subi l'*épreuve du*

temps, de sorte que nous estimons beaucoup de guérisons signalées comme vraiment définitives.

Les *résultats immédiats* sont nettement favorables à la méthode conservatrice. Nous n'avons, sur les 112 cas, *que 2 décès* à déplorer : l'un est dû à une appendicite aiguë coexistante (Obs. n° 51) et ne saurait être mis au compte de la chirurgie conservatrice; le deuxième se traduisit par un état septicémique suraigu que nous expliquons en partie par le voisinage d'une érysipèle. Quoi qu'il en soit, *cette mortalité* (1 sur 112) demeure extrêmement minime. A part quelques petits incidents d'ordre banal, hématome, petit abcès de la paroi, et deux fois une poussée de pelvi-péritonite séreuse enkystée résolue spontanément, les suites opératoires de ces interventions conservatrices ont été excellentes et les malades sont sorties de l'hôpital en moyenne 20 jours après l'opération. En particulier nous n'avons observé aucune phlébite consécutive.

Les *résultats éloignés* sont également bons puisque nous n'avons observé *que 12 échecs sur les 112 observations*. Nous en faisons plus loin l'analyse. Quant à l'étiologie, nos opérées se décomptent ainsi : il existe 23 cas puerpéraux certains, la tuberculose était en cause dans 5 cas, mais 4 fois seulement nous en avons eu la certitude (examen histologique); ce sont les observations 5, 44, 76 et 83. Toutes les autres annexi- tes sont d'origine blennorragique ou d'origine indéterminée; nous avons d'ailleurs indiqué l'étiologie chaque fois que nous l'avons pu dans le résumé de l'observation.

L'incision de la laparotomie a consisté tantôt en une incision longitudinale médiane, tantôt dans l'incision transversale de Pfannenstiel (50 % environ). La première était réservée aux cas complexes et suppurés ou volumineux; la deuxième, solide et esthétique, convenait tout particulièrement, mais était surtout employée en cas de lésions chroniques.

Les annexes ont subi des interventions de plus ou moins grande importance suivant l'étendue des lésions : *le tableau ci-joint expose* schématiquement les différentes et principales opérations conservatrices qui ont été pratiquées. Nous analyserons ces 112 observations en deux groupes :

Dans 82 observations, une intervention sauvegardant la fécondation eut lieu. Dans les 30 autres, la menstruation ou la sécrétion endocrine furent seules ménagées.

Analyse des observations

A. — *Interventions permettant la fécondation* (82 cas)

Les opérations de ce premier groupe se détaillent de la façon suivante :

Salpingolysis double : 1 seule obs. n° 20.

Castration unilatérale + intervention sur l'ovaire conservé : Obs. n°s 17, 21, 27, 31, 36, 42, 47, 58, 70, 78.

Castration unilatérale + expression et aspiration du pus intra-tubaire du côté opposé : Obs. n°s 61, 63, 71.

Castration + salpingolysis du côté opposé : Obs. n°s 5, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 22, 23, 32, 33, 34, 38, 39, 41, 44, 51, 52, 56, 59, 61, 66, 68, 72, 77.

TABLEAU SYNOPTIQUE I

CONSERVATION

A. OPÉRATIONS MÉNAGEANT LA FÉCONDATION.



Salpingolysis double.



Salpingolysis d'un côté + drainage d'une
ovarite suppurée de l'autre.



Salpingolysis + Salpingostomie.



Salpingostomie double.



Réimplantation tubaire + Salpingolysis.



Résection tubaire double.



Conservation ovarienne d'un côté et
conservation tubaire de l'autre:
Opération croisée.



Castration unilatérale + Salpingolysis.



Castration unilatérale + dégagement du
pavillon.



Castration unilatérale + Salpingostomie.



Castration unilatérale + résection de
l'ovaire.

PRINCIPALES INTERVENTIONS

TECHNIQUES

B. OPÉRATIONS NE PERMETTANT PLUS LA FÉCONDATION.

1° Avec Menstruation.



Conservation de l'utérus et des 2 ovaires.
Salpingectomie double.



Conservation de l'utérus et d'un ovaire
ou d'un fragment d'ovaire.



Hystérectomie fundique.



Hystérectomie subtotale haute.



Conservation de l'utérus seul avec greffe
ovarienne dans l'épiploon.

2° Sans Menstruation.



Conservation de l'utérus seul.



Conservation de l'ovaire et de la trompe
seuls.



Conservation des 2 ovaires seuls.



Conservation d'un fragment d'ovaire seul.

l'indication est indiquée dans le texte.

Castration + dégagement ou restauration (dilatation, décollement) du pavillon tubaire : Obs. n° 2, 3, 7, 13, 19, 28, 29, 30, 48, 60, 63, 75, 79, 81, 82.

Castration + salpingostomie du côté opposé : Obs. n° 4, 6, 8, 14, 16, 24, 25, 26, 35, 37, 40, 43, 45, 50, 53, 54, 57, 62, 67, 73.

Salpingostomie double : Obs. n° 46, 49.

Amputation, résection tubaire : Obs. n° 55, 76.

Réimplantation tubaire : Obs. n° 74.

Opération « croisée » : Obs. n° 64, 69.

En même temps, une *fixation utérine*, le plus souvent par ligamentopexie intra-péritonéale, a été pratiquée 32 fois. Enfin, l'ablation d'un appendice suspect ou adhérent a été faite 11 fois. (Obs. n° 7, 11, 17, 30, 32, 34, 39, 41, 45, 51, 73.)

Dans quelques cas rares, l'opération conservatrice a été complexe des lésions utérines se surajoutant : c'est ainsi par exemple que dans les observations 7 et 65, une *myomectomie* dut avoir lieu en même temps. Dans d'autres cas, une amputation du col préalable (Obs. 37), une grossesse tubaire associée rendaient également le problème de la conservation plus difficile à résoudre.

1° LES SUCCÈS. — Dans 74 cas, nous notons un bon *résultat éloigné*; les opérées sont satisfaites de leur état, peuvent travailler et s'occuper de leur ménage. Sans doute cette guérison n'a pas toujours été obtenue d'emblée : dans une douzaine de cas, de petits incidents ou des douleurs ont subsisté pendant quelques temps, mais ont disparu spontanément ou à

l'aide d'un traitement médical simple. C'est ainsi que dans les observations 28, 29, 62, quelques douleurs consécutives, particulièrement au moment du coït, ont été notées; les opérées 33 et 74 se sont plaintes quelques mois de dysménorrhée douloureuse; dans l'observation n° 16, une pelvi-péritonite séreuse enkystée apparut et disparut spontanément; des ménorragies transitoires ont été notées dans les observations n°s 31, 99, 45; enfin, dans les cas 33 et 53, des pertes blanches abondantes furent accusées et durent être traitées. Mais dans tous ces 12 cas, le résultat définitif n'en a pas moins été *la guérison*.

Dans la très grande majorité (plus de 90 %), nous avons réexaminé *localement* les opérées. D'une façon générale, dans les 74 cas que nous rapportons comme succès, cet examen a été négatif; cependant, par exemple dans l'observation n° 72, un gros ovaire un peu douloureux a été senti; une autre fois, l'évolution d'un fibrome plusieurs années après l'intervention a été ainsi diagnostiquée. Dans les cas de castration unilatérale et restauration de l'autre côté, nous avons presque toujours remarqué que *l'utérus était attiré ou basculé du côté de l'ablation annexielle*.

Dans cette première catégorie, à part un ou deux cas (Obs. 62), nous ne relevons pas de troubles de la ménopause consécutifs. Le sens génésique est demeuré également normal, la plupart du temps; son amélioration dans ces cas est indirecte et due surtout au fait que le coït, après l'intervention, n'est plus douloureux.

LES GROSSESSES. — Dans plusieurs observations, nous notons des arrêts de règles ou des métrorragies qui pourraient, à la rigueur, être considérés comme des fausses-couches (3 cas). Nous n'en tenons pas compte et ne rapportons ici que les cas absolument certains. Ils sont au nombre de 6 (Observations n^{os} 9, 11, 24, 61, 66 et 71) et concernent tous des cas avec castration unilatérale et conservation après restauration de l'autre côté; ils se détaillent ainsi : 3 *enfants vivants*, 2 *grossesses normales*, 1 *fausse-couche*. Deux cas sont particulièrement intéressants : l'observation n^o 24, consécutive à une *castration unilatérale avec salpingostomie* du côté opposé (ce qui nous donne 1 cas sur 20, résultat maigre sans doute, mais relativement très satisfaisant par comparaison avec les autres statistiques publiées) et l'observation n^o 71, consécutive à une *salpingite double purulente* traitée par castration unilatérale et *aspiration du pus intra-tubaire* sur le côté restant. M. le Professeur Villard estime que ce cas aurait conduit beaucoup de chirurgiens à la castration totale. L'opérée, actuellement, se porte bien et présente une grossesse normale de 4 mois.

2^o LES ECHECS. — Ceux-ci sont au nombre de 8 (soit 10 % environ). Une des opérées a dû subir, le mois suivant, une colpotomie (Obs. n^o 15) qui amena depuis, il y a quatre ans, la guérison. Les observations n^{os} 12, 26, 62 et 76 sont des *demi-échecs* : ces malades sont améliorées mais ne peuvent guère mener une vie normale; les causes en sont variables : un utérus ballant

(n° 12), des douleurs (n° 26) et des troubles de ménopause chirurgicale (n° 62), des douleurs et des pertes blanches (n° 76). La question du terrain paraît importante : la malade n° 12 est spécifique et tabétique actuellement; la malade n° 76 est bacillaire. Dans les cas n°s 3 et 4, une hystérectomie consécutive dut avoir lieu : la malade n° 3 est devenue depuis neurasthénique; la malade n° 26 présente à nouveau des lésions annexielles sérieuses et des métrorragies. Enfin, un décès est à noter (Obs. n° 51), dû à une appendicite aiguë coexistante.

En somme, essentiellement, sur 81 annexites bilatérales nous relevons 6 *grossesses consécutives*, 10 % *d'échecs* et 90 % *de guérisons*.

**B. — *Intervention ne permettant plus la fécondation*
(30 cas)**

Les opérations de ce deuxième groupe se détaillent de la façon suivante :

Utérus et ovaires (2 ovaires, 1 ovaire seul ou un fragment d'ovaire) : Obs. n°s 86, 88, 89, 90, 92, 94, 99, 102, 107, 108, 109, 111, 85, 106.

Hystérectomie fundique : Obs. n°s 93, 97.

Hystérectomie subtotale haute avec conservation ovarienne : Obs. n°s 100, 104.

Grefte ovarienne intra-épiloïque : Obs. n°s 101, 103.

Conservation ovaire et trompe seuls : Obs. n° 87.

Conservation de l'utérus seul : Obs. n°s 83, 84, 91, 95, 96, 98, 105, 110, 112,

Quant à la conservation ovarienne seule telle qu'elle a été pratiquée parfois après hystérectomie, nous n'en rapportons aucune observation; nous rappelons d'ailleurs qu'après les nombreuses discussions qui eurent lieu à ce sujet et dont nous avons parlé, que cette intervention conservatrice est inutile et parfois nuisible.

L'analyse de ce deuxième groupe d'observations nous fournit les résultats suivants :

1° LES SUCCÈS. — Nous notons 26 bons résultats, dans lesquels l'opérée s'est présentée avec un bon état général et local, pouvant mener une vie normale et se déclarant satisfaite de l'intervention.

La conservation de *l'utérus avec l'ovaire*, ou un fragment d'ovaire, a donné de bons résultats dans 12 cas sur 14. Une seule fois il s'agissait de la conservation des deux ovaires; le plus souvent un seul ovaire fut conservé. Dans les observations n^{os} 85 et 106, un *fragment absolument minime* de glande a permis néanmoins une menstruation normale.

Les deux *hystérectomies fundiques* pratiquées sont de beaux résultats. L'une des opérées présente des règles normales. Les deux *hystérectomies subtotales hautes* avec conservation ovarienne ont donné également des guérisons avec persistance de la menstruation. Le même succès est aussi à signaler avec les deux *greffes ovariennes intra-épiploïques* (Obs. n^{os} 101 et 103); à noter, chez ces deux opérées, de l'aménorrhée après l'intervention, pendant deux à trois mois, avec douleur au niveau du greffon, phénomène qui disparut dès l'apparition des règles.

A titre de curiosité, signalons l'observation n° 87 avec *conservation seule d'un ovaire et de la trompe*; l'indolence de l'ovaire conservé et la petitesse des troubles de ménopause (uniquement des phénomènes vaso-moteurs) ont répondu en partie au but désiré.

La *conservation de l'utérus seul* a été pratiquée 9 fois, et 8 fois avec de bons résultats. Le discrédit concernant cette conservation ne nous paraît pas mérité. A part un cas (Obs. n° 96), les troubles d'anovarie consécutive ont été en effet *insignifiants* : quelques bouffées de chaleur, un peu de nervosisme au maximum seuls ont été accusés; dans aucun cas, l'opérée n'a été vraiment incommodée. En outre, *le sens génésique est demeuré dans ces cas normal*; de l'enquête que nous avons faite, il semble résulter que non seulement l'excitation génitale mais encore la satisfaction génitale demeure entière au cours du coït. En outre, la *statique* utérine reste intacte pour peu que les ligaments ronds aient été ménagés. De sorte que cette intervention, mise en parallèle avec une castration totale, nous paraît sauvegarder davantage l'*équilibre psychique de la femme* et la *fonction de copulation*. En outre, dans *deux observations* (n°s 91 et 98), la *menstruation s'est maintenue normale* bien que l'ablation ovarienne ait été notée; s'agit-il de fragment d'ovaire restant, d'ovaire surnuméraire, ou de menstruation sans ovaire ? Des faits analogues ont déjà été cités. Nous rapportons ces cas sans les expliquer.

2° LES ECHECS. — Ils sont au nombre de 4 : parmi eux signalons le décès (Obs. n° 109) survenu rapide-

ÉCHEC D'INTERVENTION CONSERVATRICE.

LÉSIONS TYPIQUES AVEC DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DE L'OVAIRE
CONSERVÉ ET ENDOMÉTRITE VÉGÉTANTE.



M^{me} F... — Obs. n° 86 : conservation de l'utérus et de l'ovaire seul.
Hystérectomie 5 ans plus tard pour métrorragies graves.

ment avec état septicémique suraigu et que nous expliquons en partie par la présence d'un érysipèle voisin. L'observation n° 112 (conservation de l'utérus et de l'ovaire gauche) est un demi-échec. Cette opérée a accusé une *dysménorrhée douloureuse* avec pertes blanches abondantes ayant nécessité un traitement médical. Dans l'observation n° 96, il s'agit d'une *prédisposée* chez laquelle *des troubles psychiques graves* ont eu lieu après l'opération. Enfin l'échec signalé dans l'observation n° 86 est *particulièrement intéressant* : cinq ans après l'opération conservatrice (conservation de l'utérus et d'un ovaire) une hystérectomie dut être pratiquée en raison de métrorragies graves. Cette dernière permit d'enlever un gros ovaire kystique et un utérus avec endométrite proliférante. Cette pièce dont nous présentons le cliché est intéressante du fait qu'elle représente, à notre avis, des lésions typiques d'échec à la suite de conservation ovarienne.

Dartigues a décrit les cysthématomes dans le même ordre d'idées. Vignes et Gery, en 1913, ont étudié sur des coupes histologiques cette dégénérescence kystique de l'ovaire conservé. Nous estimons personnellement qu'il s'agit de trouble de nutrition ovarienne : si un ovaire est conservé, il faut maintenir particulièrement son irrigation intacte et c'est en partie dans ce but afin de ménager l'arcade utéro-ovarienne que M. le Professeur Villard préconise *la salpingectomie en sous-séreuse*.

Tels se trouvent être nos résultats : à notre avis, ils sont *relativement excellents* si l'on pense qu'il s'agis-

sait de lésions annexielles bilatérales et le plus souvent très importantes. Sans doute on peut nous objecter que seulement 6 grossesses ont eu lieu après 81 opérations permettant la fécondation; nous répondons que la plupart de nos opérées étaient des célibataires qui non seulement ne désiraient pas une grossesse, mais encore avouaient souvent l'éviter soigneusement; nous ne pouvons pas ne pas être frappés par ce fait que sur les 6 cas de grossesse on note 5 femmes mariées. Nous sommes persuadés que ce pourcentage serait plus élevé dans une autre classe sociale. Mais, en dehors de ces faits, conserver l'espoir de la maternité, conserver la menstruation et garder l'équilibre physiologique normal d'une femme est bien aussi quelque chose, surtout si l'on remarque que le *nombre des échecs n'est que de 10 %*.

Aussi, nous estimons ces résultats *très encourageants* et la chirurgie conservatrice des annexes prend, à la Clinique Gynécologique de Lyon, une place absolument *prépondérante*. En 1924, 32 interventions conservatrices ont été pratiquées contre 19 castrations totales, et en 1925 nous notons 40 interventions conservatrices et seulement 14 castrations utéro-annexielles.

CHAPITRE III

Le traitement médical

La castration totale

Les indications de la chirurgie conservatrice dans les annexites

De l'étude de ces résultats que devons-nous conclure ?

La chirurgie des organes génitaux de la femme s'oriente de plus en plus vers la conservation et le prochain Congrès français de chirurgie révélera sans doute combien grands sont les progrès réalisés. Cependant, en ce qui concerne les annexites bilatérales, l'idéal n'est pas toujours atteint, et tandis qu'un beau résultat enthousiasme, parfois aussi un échec imprévu apparaît. Mais le principe même de l'intervention conservatrice doit être admis; actuellement il ne doit plus exister différentes catégories de chirurgiens : ceux qui n'opèrent pas et ceux qui opèrent, ceux qui « castrent » et ceux qui « conservent » systématiquement. Chaque conduite thérapeutique doit être main-

tenue, mais les indications méritent d'être précisées.

Sans doute, pour l'appréciation exacte de ces dernières, de nombreux facteurs entrent en ligne de compte; nous avons remarqué ainsi que souvent, dans un service de chirurgie générale, la castration pour annexite est pratiquée plus volontiers, donnant un résultat immédiat excellent, une sécurité presque absolue; par contre, le chirurgien spécialisé est davantage frappé du nombre des hystérectomies faites en série chez les femmes jeunes et il voit en outre presque quotidiennement aux consultations, des anciennes opérées qui se plaignent de troubles rebelles de ménopause chirurgicale, contre lesquels il épuise, souvent en vain, toutes les ressources des nombreux produits opothérapiques. Est-ce à dire qu'il faille aussitôt l'annexite diagnostiquée pratiquer une des interventions conservatrices que nous préconisons? Certes non. Le traitement médical reste prépondérant à la période aiguë: il faut l'essayer sérieusement et longtemps. Et lorsque la laparotomie s'impose, ainsi que nous le verrons, nombreux sont les cas où la discussion de l'intervention subsiste.

Envisager cette discussion, peser le pour et le contre, essayer de formuler quelques points précis et pratiques dans les indications de la chirurgie conservatrice, tel sera le but des pages qui vont suivre.

Le traitement médical et ses indications

Le traitement médical consiste essentiellement, dès les premiers signes, dans le repos absolu: le séjour au lit dans le décubitus horizontal, la vessie de glace

en permanence sur l'abdomen, l'injection sous-cutanée de morphine au besoin, voilà ses caractéristiques essentielles. Un peu plus tard, les injections vaginales chaudes à 45° avec une solution antiseptique, combinées parfois à des irrigations rectales telles que les a préconisées Reclus peuvent être employées. Par cette simple méthode connue depuis longtemps, on obtient des résultats excellents pendant la période aiguë : en quelques jours les signes fonctionnels et généraux s'amendent, la température descend rapidement, la réaction péritonéale et les douleurs cessent parfois complètement. L'orage est passé. En effet, à cette période les phénomènes infectieux sont surtout d'ordre lymphangitiques et l'extension du processus péritonique est exceptionnelle. Comme toutes les lésions inflammatoires, les lésions annexielles sont essentiellement susceptibles de régression, de sorte que l'intervention à cette période est contre-indiquée. De même dans une ostéomyélite aiguë, le chirurgien doit avoir *une attitude expectative* : à moins d'un état général très grave, il faut seulement surveiller et attendre la localisation d'une lésion résiduale. La tempête inflammatoire passée, il sera alors temps, s'il y a lieu, de constater les dégâts et d'y remédier. Ainsi, le traitement médical demeure le traitement essentiel de l'annexite aiguë à son début et déjà au Congrès de Gynécologie de Genève en 1896, Bouilly avait formellement condamné la laparotomie à cette période.

Est-ce à dire que le traitement médical suffit pour obtenir une guérison définitive ? Ce point est plus délicat.

Parfois, l'apparition de lésions suppurées peut indiquer par exemple une colpotomie; ou bien, comme nous l'étudierons plus loin, les récides ou les échecs du traitement médical obligent à intervenir. Mais ces faits ne sont pas la règle : il est des cas où l'amélioration se maintient et ceci nous amène à parler du traitement médical au cours de l'annexite chronique. La mise au repos est alors moins stricte, le séjour au lit n'est plus absolu, mais néanmoins, pour être efficace, le traitement doit être sérieux et très prolongé; il s'adresse alors surtout aux femmes dont l'état social permet l'inaction et des frais assez considérables.

Le traitement hydrominéral (Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura), l'héliothérapie peuvent être conseillés. Le massage gynécologique, les pansements utérins, les ovules glycerinés, la columnisation présentent alors des indications particulières. Plus rarement la thérapeutique intra-utérine a pu être employée. Doloris, Trélat, l'ont conseillée; plus récemment, Spinelli, Aulhorn, l'ont défendue; elle ne saurait s'adresser qu'aux formes très chroniques. La sérothérapie et surtout la vaccinothérapie ont également été préconisées; très en faveur à un moment donné en Allemagne, elles donnent des résultats médiocres; en France, le vaccin atoxique de Nicolle, ainsi que les vaccins polyvalents, sont les plus connus. Leur action sur les lésions pathologiques est très discutable; seul leur effet sur l'élément douleur paraît bien admis.

En somme, la femme atteinte d'annexite n'est pas guérie d'emblée; elle reste une « infirme » pendant des semaines et souvent des mois. Bien soignée et

longtemps soignées par le traitement médical, elle peut être très améliorée et même guérie. Mais cette thérapeutique exige du temps et de l'argent : de sorte qu'à ce point de vue, la considération de l'état social de la malade est très important.

Il semble bien qu'à l'heure actuelle où la tendance conservatrice s'accuse, le traitement médical des annexites redevienne très en faveur : les statistiques sont élogieuses à cet égard : Thaler, en 1907, estime à 90 % les guérisons obtenues en se basant sur 9.000 observations de la clinique du professeur Schauta; de même Prochownick, Schiffmann (1912), sont très partisans de la thérapeutique purement médicale. Plus récemment encore, les statistiques de Schmid (1920), de Folke-Holtz (1926) sont également élogieuses.

La castration totale; ses avantages; ses inconvénients

S'opposant à ce point de vue au traitement médical, la castration totale obtient la guérison par la suppression des lésions. C'est un traitement radical certes, mais définitif, dont nous voulons rappeler rapidement ici les avantages et les inconvénients. Nous en verrons plus loin les indications.

SES AVANTAGES. — En 1897, alors que la sécrétion interne de l'ovaire était à peu près méconnue, Delagenière écrivait : « Toutes nos opérées vont à merveille. Je n'ai jamais eu de satisfaction plus grande dans aucun genre d'intervention : guéries de l'opéra-

tion, ces malades recouvrent complètement la santé. »
(In Thèse d'Audiau, 1897.)

Cette phrase résume les arguments principaux des partisans de cette opération : La castration utéro-annexielle est une intervention actuellement bénigne, de mortalité à peu près nulle; elle donne une guérison immédiate et définitive. On ne trouve évidemment pas dans ses résultats éloignés des récidives obligeant à une seconde intervention; la guérison est totale, les petites souffrances que présentent les opérées dans les cas de conservation n'existent pas. Les opérées sont bien guéries et guéries à jamais. Quant aux troubles de la ménopause chirurgicale, ils sont négligeables, a-t-on dit, et les gros accidents signalés sont le fait d'un « terrain » spécial; la plupart du temps il ne s'agit que de simples troubles vaso-moteurs, d'importance minime si on les compare avec les bienfaits de l'intervention.

SES INCONVÉNIENTS. — Certes, les avantages signalés sont indéniables, mais si l'opérée demeure guérie elle reste aussi une mutilée : la fécondation est tout d'abord impossible. Sans doute on peut objecter que les résultats de la chirurgie conservatrice à ce point de vue ne sont pas des plus nets; cependant, ils existent, comme nous l'avons vu, et garder l'espoir seul d'une maternité à une femme est encore quelque chose. Telle épouse qui redoute une maternité désire, quelques années plus tard, ardemment un enfant. Telle femme castrée peut, à ce point de vue, se sentir diminuée moralement et socialement.

La menstruation est supprimée : « Bien débarrassée », ainsi qu'elle le déclare tout d'abord en quittant l'hôpital, l'opérée souvent ne tarde guère à changer d'avis. Actuellement on admet que la menstruation traduit l'équilibre utéro-ovarien de la femme dont dépendent en grande partie les troubles de la ménopause. Dans ce travail exclusivement d'ordre clinique, nous ne voulons pas rappeler ici les nombreuses études pathogéniques de ceux-ci; d'ailleurs, dans les chapitres précédents nous les avons envisagés en partie. Les premiers travaux de Glœvecke (1889), de Jayle (1896), sont à signaler. Ferry, dans sa thèse inspirée par A. Pollosson, les a étudiés systématiquement. Pozzi et Jayle, dans la thèse de Zaleski, ont montré que les troubles de la ménopause, que l'on disait transitoires, pouvaient persister au delà de 10 ans. Ils ont également intéressé la neurologie : Régis, dès 1893, publiait 4 cas de folie consécutive. Laignel-Lavastine, Picqué, Joffroy ont étudié la pathogénie des troubles psychiques. Convert, dans sa thèse, rapporte 2 cas de psychose post-opératoire après castration totale.

Nous ne saurions ici rappeler toutes les variétés de ces troubles. Parmi les plus fréquentes que nous avons notées, citons : les bouffées de chaleur, souvent très incommodantes, persistantes au point d'empêcher le travail; des modifications de caractère (surexcitation nerveuse ou bien au contraire apathie hypocondrie); crises de colère subite ou de pleurs, insomnies, cauchemars, pertes de mémoire. Troubles de la nutrition : embonpoint exagéré, obésité, plus rarement amaigrissement rapide. Désordres des fonc-

tions vénériennes, plus rarement troubles mentaux et troubles des sens.

Nous estimons que l'association et l'intensité de ces troubles doivent être considérés comme très importants. A l'heure actuelle, les greffes ovariennes, l'hystérectomie fundique ont déterminé l'apparition de nouvelles études au sujet des troubles de la ménopause, qui semblent bien désormais être admis et redoutés par tous. A. Marie, en 1922, les a classés en petit anovarisme (bouffées de chaleur, céphalées, tachycardie, irritabilité) et grand anovarisme (signes psychiques, pertes de la mémoire). Ils varient, d'autre part, selon l'âge. Près de la puberté, ils peuvent déterminer de l'infantilisme; près de la ménopause, ils peuvent être encore considérables et ne sont pas à négliger.

En somme, si les opérées sont bien examinées à ce sujet, si on poursuit son enquête assez loin, jusque dans le foyer où vit la malade, on voit que ces troubles sont à peu près constants après la castration ovarienne. Lecène, récemment, en 1922, écrivait, avec Gaudart d'Aallaines, dans le *Journal de Chirurgie*, ces phrases qui nous serviront de conclusion :

« Que les troubles dus à une ménopause prématurée post-opératoire soient souvent compatibles avec une assez bonne santé générale, l'expérience le prouve : les grands accidents physiques et psychiques ne sont pas la règle ! Les opérées de castration totale ne sont pas forcément des candidates à la folie ! Néanmoins, tous ceux qui ont quelque expérience des opérations utéro-annexielles et qui revoient leurs opérées seront

unanimes à reconnaître que les troubles somatiques causés par la castration chez les femmes âgées de moins de 45 ans sont d'une extrême fréquence et très souvent gênants, voire même sérieux, et diminuant en tout cas notablement les malades qui les présentent. Si l'opothérapie post-opératoire donne parfois des résultats heureux, dans nombre de cas elle échoue complètement quelle que soit la technique employée. »

La fonction de copulation elle-même peut être troublée du fait d'une castration totale, soit directement (vagin court dans une hystérectomie totale, par exemple), soit indirectement (atrophie des organes génitaux externes consécutive, sécheresse de la vulve, etc...).

Et si le sens génésique peut être modifié, comme nous l'avons vu, au point de vue des résultats en plus ou en moins, il nous semble acquis cependant que la femme reste « puissante », mais garde une satisfaction génitale très amoindrie après une hystérectomie.

Ainsi, voyons-nous toutes les fonctions de l'arbre génital féminin supprimées ou très diminuées par la castration totale. Aussi nous apparaît-il logique de ne pas poser celle-ci en idéal. Sans doute l'opérée est guérie, mais au prix d'une mutilation, et ceci est très important, car sans même envisager le point de vue social ou même national, il est certain que beaucoup d'opérées supportent mal l'idée d'une stérilité définitive et beaucoup aussi considèrent comme une déchéance, comme une humiliation la perte de leur sexualité.

Les indications de la chirurgie conservatrice

Nous avons estimé utile de rapporter au préalable ces notions essentielles au sujet du traitement médical et de la castration totale. Il nous sera plus aisé de placer en quelque sorte entre eux deux la chirurgie conservatrice. En présence d'une annexite, le problème va donc se poser de la façon suivante :
1° Quand faut-il l'opérer ? Est-il nécessaire d'opérer ?
2° Quelle opération pratiquer ? Castrer ou conserver ?

1. *Dans quelles conditions faut-il intervenir ?*

Nous avons dit plus haut que le traitement médical était de rigueur pendant la période aiguë d'une annexite; il est cependant des cas, comme certaines de nos observations, où l'indication d'intervenir peut se poser d'urgence : pelvi-péritonite suppurée avec état général grave, température qui monte, signes péritonéaux accentués, état de subdélire, albuminurie, pouls mauvais, la malade peut mourir; on a la « main forcée », il faut intervenir. De même une erreur de diagnostic assez fréquente peut faire prendre une annexite pour une grossesse tubaire ou pour un kyste de l'ovaire tordu; on intervient alors d'urgence et ce n'est qu'après laparotomie qu'on reconnaît alors exactement la lésion qu'il faut traiter. Mais à part ces indi-

cations en somme assez rares et en tenant compte également des signes d'abcès pelviens justifiant une colpotomie, on peut dire que c'est dans le calme et après réflexion que se pose l'idée de l'intervention au cours d'une annexite.

D'une façon générale, *c'est l'échec total ou partiel du traitement médical* qui détermine à intervenir. Mais certaines considérations sont à dégager pour cela, soit d'ordre général, soit d'ordre local.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL.

La question sociale est au premier plan; la guérison d'une annexite par le traitement médical nécessite des semaines et des mois. L'expectation offre moins d'inconvénients chez une femme riche, libre de son temps : elle peut se résoudre à un repos efficace, se faire surveiller et soigner méticuleusement, au besoin promener plus tard ses malaises dans les différentes stations thermales. Tout autre est le problème lorsqu'il s'agit d'une femme de condition modeste, obligée de travailler ou de s'occuper activement de son ménage : en ce cas, le traitement médical sérieux ne peut guère se prolonger pendant de nombreux mois. D'après nos observations, dans ces cas la limite de son expérience nous paraît être d'environ deux à trois mois en général.

D'autres points plus secondaires sont également à envisager : la femme traitée médicalement a la sensation très nette de « son infirmité » ; les phases d'amélioration et d'aggravation qui sont la règle contribuent parfois à entretenir un état de désespérance qui peut

aller chez certaines jusqu'à la névropathie et qu'on ne saurait par trop prolonger. Enfin, la question matrimoniale se pose : que le coït soit interdit ou douloureux, bien souvent la femme en traitement est une « indisponible » ; cet état se prolongeant, il peut en résulter des désordres importants dans la vie privée d'une famille, et nous avons vu plusieurs fois des femmes inquiètes à ce sujet.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE LOCAL.

Divers cas sont à envisager suivant les signes physiques et fonctionnels accusés par la malade :

I. — *Il n'existe aucun signe subjectif ni objectif.* — Sous ce titre, nous ne voulons envisager que le cas dans lequel la femme est guérie mais se plaint de *stérilité* et réclame à tout prix une intervention. On sait alors combien grand est l'embarras du chirurgien. Sans doute il est des exemples où une rétroversion réduite, une simple dilatation, permettent des grossesses ; mais, lorsqu'il s'agit d'une annexite résiduelle sans signes nets au toucher, sans douleur accusée, une intervention plus importante est discutable. Dans ces cas, l'état de perméabilité des trompes est au premier plan ; c'est alors que les différentes méthodes nouvelles d'exploration intra-tubaire dont nous avons parlé pourraient donner des renseignements. Peut-être alors, après un examen méthodique, peut-on concevoir une intervention restauratrice tubaire et la proposer à la malade tout en réservant le résultat. Ce que nous avons écrit plus haut à ce sujet nous permet de le croire.

II. *Il existe des signes subjectifs seuls.* — Malgré le traitement médical et au cours de celui-ci on peut noter :

Soit des modifications de l'état général : certaines femmes présentent un état de *pelvi-péritonite chronique* qui s'accuse par des troubles intestinaux, de l'anorexie; il en résulte de l'amaigrissement, parfois un certain degré de cachexie qui peut obliger à intervenir, soit une *évolution à rechute*. La malade se croit guérie et reprend ses occupations. Le foyer inflammatoire se réchauffe, de nouveau de traitement recommence. On conçoit, lorsque ces faits se reproduisent plusieurs fois, la légitimité de l'opération.

Ou bien encore il s'agit d'une femme qui garde des *douleurs* abdomino-pelviennes constantes avec exacerbations au moment des règles. Arrivé à un certain degré d'amélioration, le traitement médical reste inefficace. Il s'en suit un état d'*irritabilité*, d'insomnie, qui tourmente la malade.

On comprend que dans ces différents cas, l'abstention prolongée n'est plus de mise et la laparotomie reprend ses droits.

III. — *Il existe des signes objectifs.* — Un examen gynécologique précis peut fournir également des indications d'intervention lorsqu'il décèle certaines lésions. Par exemple, une *rétroversion utérine irréductible*, ou bien une *salpingite basse* bloquée dans le Douglas (en général la trompe gauche). M. le Professeur Villard a bien insisté sur ce dernier cas dans la thèse d'Astériadès : même si la lésion annexielle est

petite, elle est toujours douloureuse, car elle est comme « coincée » entre la face postérieure de l'utérus et le sacrum.

Bien entendu, de *grosses lésions annexielles persistantes* après un essai loyal du traitement médical et s'accompagnant de signes fonctionnels, appelleront l'intervention. Nous n'avons voulu qu'envisager les cas précédents, mais ces différentes constatations se combinent bien souvent pour faire appel au chirurgien.

2. *L'intervention est décidée. Faut-il pratiquer une opération conservatrice ?*

Là encore deux sortes de considérations permettent de répondre à cette question :

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL.

La notion de l'âge est de première importance : on peut dire que jusqu'à 40-45 ans il faut être conservateur si les lésions le permettent. Il faut l'être au maximum s'il s'agit d'une femme désirant à tout prix une maternité; par contre, vis-à-vis d'une mère de famille ayant fait ses preuves, cette conduite est moins absolue. Si la fécondation est sacrifiée, la sécrétion endocrine doit être conservée avant 45 ans et même dans les années proches de la ménopause physiologique, car les troubles d'anovarisme post-opératoire peuvent être aussi et même plus considérables chez une femme de 40 ans que chez une toute jeune femme. Chez la jeune fille il faut être, si possible, très conser-

vateur afin de ménager au maximum l'avenir génital; en cas d'obligation, qu'il s'agisse de castration partielle ou totale, la famille doit être prévenue.

En somme, l'âge, les grossesses antérieures, le désir avoué de maternité constituent les éléments importants qui font tenter l'opération conservatrice; mais la possibilité de celle-ci reste soumise à l'étendue même des lésions annexielles.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE LOCAL.

Les conditions d'ordre général étant remplies, peut-on décider, par l'examen clinique, l'opération conservatrice ? Il ne le semble pas, du moins d'une façon absolue. La douleur, selon J.-L. Faure, serait le meilleur critérium que nous possédons de l'altération de l'ovaire et, ce signe s'ajoutant à ceux fournis par le toucher, on peut parfois concevoir ce que sera l'intervention. De Rouville déclare « qu'il a pu, dans maintes circonstances, fixer très approximativement, avant l'intervention, sa conduite opératoire, qu'est venu, par la suite, justifier le résultat obtenu ». Il est certain que l'injection intra-utérine de lipiodol pourra permettre un diagnostic plus exact et par suite un plan opératoire plus précis. Cependant, à l'heure actuelle et d'une façon générale, on ne peut pas fixer la conduite opératoire avant que la laparotomie soit faite. Aussi ne faut-il rien promettre; à la malade, au mari qui questionnent, des réponses vagues seules doivent être données : « Sans doute on espère conserver en totalité... mais il faut voir... être sûr... On fera pour le mieux. »

En définitive, c'est le « ventre ouvert » en présence des lésions elles-mêmes que le choix de l'opération conservatrice doit seul se faire. Et encore, même à ce moment, l'embarras peut subsister. De Rouville écrit, à ce sujet : « le problème est grave puisque de sa solution va dépendre la perte ou le maintien de la fécondité de la femme; le problème est angoissant, je n'en connais pas de plus difficile à résoudre, je n'en sais pas qui mette à une plus rude épreuve la conscience du chirurgien. » Il faut, en effet, chercher à respecter la fonction et, pour cela, respecter les organes, donc n'enlever que ce qui est malade et définitivement perdu pour la fonction. Or, ce dernier point est souvent très difficile à certifier en présence de lésions inflammatoires toujours capables de régression.

Nous ne voulons pas reprendre ici les indications particulières de chaque intervention conservatrice, nous les avons rapidement exposées déjà au chapitre premier de notre thèse. Nous voulons seulement indiquer les lignes de conduite pratiques que doit suivre le chirurgien à notre avis. Il va se trouver en présence de lésions variées posant des modes de conservation également variés.

1° IL S'AGIT DE LÉSIONS INFLAMMATOIRES NETTES OU SUPPURÉES.

Envisageons tout d'abord le cas maximum ou rien n'est alors conservable. Par exemple, il existe deux gros pyosalpinx avec ovaires multikystiques, l'utérus est gros, métritique ou bien fibromateux. Dans ce cas, rien à faire sinon une castration utéro-annexielle.

Nous donnons alors *la préférence à l'hystérectomie subtotale*; dans ces lésions complexes, elle apparaît simple et moins dangereuse. L'hémostase est plus facile. La pelvi-péritonite suppurée n'est pas une contre-indication; la fente longitudinale du col permet au besoin et rapidement un drainage vaginal. Nous rappelons qu'en 1919, au premier Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, les rapporteurs, J.-L. Faure et Bégouin ont conclu en faveur de l'hystérectomie subtotale à propos « de l'hystérectomie dans les suppurations annexielles » et cet avis fut celui de la majorité.

Cependant, l'hystérectomie totale conserve ses droits en présence d'une paramétrite nette ou bien d'un col utérin déchiré infecté suspect de dégénérescence néoplasique. Nous ne voulons pas d'ailleurs discuter davantage, nous ne faisons ici que traduire l'opinion de M. le Professeur Villard qui, par exemple en 1925, pour 40 interventions conservatrices, n'a fait que 14 hystérectomies dont 4 totales seulement pour des annexites. Faire une subtotale c'est d'ailleurs encore être relativement conservateur chez une femme jeune où l'intégrité vaginale est à rechercher.

Aucun doute donc, dans le cas de lésions au maximum : il faut castrer. Mais dès qu'on envisage un cas moins extrême, la difficulté apparaît. C'est alors que les considérations d'ordre général (âge de la malade, plusieurs enfants déjà, désir de grossesse) peuvent faire pencher dans un sens ou dans l'autre.

L'ovarite suppurée bilatérale entraîne en général la castration. Chez une femme jeune, cependant, l'in-

cision et le drainage seuls peuvent être envisagés; nous en rapportons un bel exemple.

Plus souvent il s'agira de trompes inflammatoires ou suppurées. On a fait, avec succès parfois, dans les cas de pyosalpinx, une salpingotomie suivie de lavage antiseptique et de salpingorrhaphie; il est certain que souvent, en effet, il s'agit d'une lésion refroidie bien que purulente et le pus observé est stérile. Plus souvent et surtout lorsqu'on est forcé d'intervenir à chaud on est en présence d'une trompe volumineuse rouge congestionnée laissant sourdre du pus par le pavillon : *il faut alors être prudent. C'est une lésion inflammatoire aiguë qui peut disparaître d'elle-même, il ne faut pas faire une mutilation préventive inutile*; si l'état général le permet, la simple libération d'adhérences, la restauration du pavillon au besoin, son assèchement et, mieux encore, l'aspiration du pus intra-tubaire sont alors à conseiller. Mais nous estimons qu'une trompe perméable, quel que soit son aspect et son contenu, doit être conservée.

Par contre, s'il s'agit de grosses lésions tubaires avec trompes fermées, scléreuses, pleines de pus, il peut apparaître évident que leur conservation est impossible; il faut, dès lors, songer à la conservation de la menstruation et pour cela la salpingectomie double en sous-séreuse, l'hystérectomie subtotalaire haute, l'hystérectomie fundique nous apparaissent, suivant les cas, les opérations de choix.

Enfin, si les lésions ovariennes associées sont telles que rien ne peut être conservé, nous estimons encore très utile ainsi que nous l'avons dit dans un chapitre

précédent, chez une femme jeune et en présence d'un utérus sain, de faire la conservation de l'utérus seul.

2° IL S'AGIT DE LÉSIONS REFROIDIES, DE LÉSIONS RÉSIDUALES.

C'est le cas le plus ordinaire. Le traitement médical a permis l'extinction des phénomènes aigus, mais il subsiste des lésions résiduales qui peuvent, comme nous l'avons vu, imposer une intervention.

En présence de lésions ovariennes, la chirurgie conservatrice pourra être poussée alors au maximum : un fragment minime de la glande suffisant à permettre sa fonction.

Ce sont surtout les lésions tubaires qui sont inquiétantes; il est évident que la bilatéralité et l'importance de la salpingite résiduale peuvent parfois indiquer la castration, par exemple en présence de gros hydrosalpinx, de grosses lésions interstitielles (salpingite nodulaire ou parenchymateuse accentuée); les dégâts peuvent alors être tels que la salpingectomie seule est à conseiller; conserver la menstruation par une des interventions déjà signalées devient alors le but du chirurgien.

Si les lésions sont moins accentuées, la restauration tubaire peut être envisagée; un point est capital : *la trompe est-elle fermée ?* Il faut s'en assurer méticuleusement.

Tantôt un simple dégagement du pavillon qui s'était collé contre l'ovaire suffira; plus fréquemment il faudra élargir ce dernier et même pratiquer une salpingostomie. Nous estimons qu'en présence d'un hémato

ou hydro-salpinx de dimensions réduites sans grosse lésion pariétale on peut encore envisager celle-ci. Mais en présence d'un pavillon tubaire en voie d'oblitération, la salpingostomie est plus discutable : ses résultats ne sont pas tels qu'ils s'imposent. La *salpingostomie préventive* est souvent une opération *inutile* et peut-être *parfois nuisible*. Nous pensons donc qu'il faut la réserver aux trompes nettement fermées.

Nous voyons, par ces quelques exemples, combien le problème demeure complexe. Et lorsque la bilatéralité de l'annexite existe, les différentes combinaisons opératoires se multiplient à l'extrême. La castration unilatérale avec restauration de l'autre côté nous apparaît comme un mode le plus fréquemment employé.

L'étiologie même de l'annexite est à considérer au point de vue de la chirurgie conservatrice. Les infections post-puerpérales sont les plus bénignes; classiquement leur réaction du début est intense, mais de courte durée; c'est une flambée, un feu de paille, mais qui commet relativement peu de dégâts. Par contre, le gonocoque est l'agent microbien le plus redoutable, son infection se faisant par voie canaliculaire et la chronicité étant presque la règle. Quant à la tuberculose annexielle, elle a été jugée pendant longtemps comme toujours justiciable de la castration. Cependant, en certains cas, la conservation peut avoir lieu; à Lyon, M. le Professeur Patel, dans la thèse d'Olivier, puis dans la thèse de Mlle Bonnaud (1913), où 33 opérations conservatrices sont rapportées, s'est occupé de cette question; en principe, évidemment, la chirurgie

conservatrice a des indications fort limitées en cas de bacillose; pourtant, dans les périsalpingites bacillaires, la laparotomie seule est déjà efficace et lorsqu'il s'agit de lésions bien limitées, ovarite ou bien abcès froid tubaire, une intervention partielle peut être pratiquée avec succès. Nous mêmes, dans notre statistique, en rapportons plusieurs cas. Ces données d'ordre étiologique sont ici formulées d'une façon schématique, mais il demeure bien entendu qu'un beau succès peut, par exemple, être obtenu dans une salpingite gonococcique et un échec être noté en cas d'infection streptococcique. A ce point de vue il n'y a rien d'absolu.

La chirurgie conservatrice des annexites marque un progrès certain. On lit encore, dans les ouvrages classiques, qu'en cas de lésions bilatérales la castration totale s'impose; nous estimons que nos résultats, après bien d'autres, permettent une conclusion moins sombre. Ces résultats, du reste, seront améliorés à mesure que les indications opératoires seront mieux précisées. Il est difficile, à l'heure actuelle, d'exposer ces derniers; trop de cas particuliers peuvent se présenter. Pourtant, il nous semble que *trois grands principes* en peuvent être dégagés et doivent guider la chirurgie conservatrice des annexites.

I. — *Autant que possible, ne pas intervenir à chaud.* Il s'agit alors de *lésions inflammatoires* en partie capables de *régression spontanée*; on risquerait, dans ces conditions, de pratiquer une opération inutile : *il ne faut pas faire de mutilation préventive.*

II. — La directive opératoire doit être : *enlever le minimum de lésions et conserver le maximum de fonction.*

III. — Devant l'étendue des lésions annexielles, il faut savoir « *battre en retraite avec méthode et prudemment* », il faut « *se replier sur des échelons successifs* ». Nous nous expliquons : Si la fécondation ne peut pas être maintenue, il ne faut pas passer d'emblée à la castration; il faut sauvegarder la menstruation ou même seulement la sécrétion endocrine; si cela même est impossible, il faut encore ménager la fonction de copulation.

C'est en agissant ainsi méthodiquement, et sans vouloir forcer les indications, qu'on sera vraiment conservateur avec de bons résultats.

Savoir se contenter, lorsqu'il est nécessaire, d'un demi-succès, est en effet prudent. Il ne faut rien promettre, avons-nous dit, avant l'intervention; après celle-ci, quelle conduite avoir vis-à-vis de l'opérée ou du mari qui questionnent? A ce propos, et tout en soulignant les progrès considérables de la chirurgie conservatrice, nous comprenons très bien dans quel esprit l'article récent de Vanverts (1926), intitulé : « Doit-on le dire ? » a été écrit. « L'opérée et son « entourage ont-ils le droit à toute la vérité ? Le chirurgien ne doit-il pas en cacher tout au moins une « partie aux intéressés ? » Et Vanverts, au sujet par exemple des salpingectomies doubles, déclare : « J'ai « eu la joie d'avoir contribué à maintenir un excellent « moral chez la femme et chez le mari, alors que tous

« les phénomènes extérieurs permettaient de conce-
« voir l'espoir jamais réalisé mais toujours persistant
« de la grossesse. J'en suis arrivé à renoncer à faire
« connaître la vérité à ceux qu'elle aurait rendus
« presque certainement malheureux, et cela sans au-
« cun avantage. On m'objectera que les intéressés ont
« le droit à la vérité. A cette affirmation j'opposerai
« les nombreuses circonstances où le mensonge s'im-
« pose au médecin, qui a le droit de cacher au malade
« la gravité de son mal. Je sais bien qu'il ne s'agit
« pas ici seulement de l'opérée, mais aussi de son
« mari. Mais pourquoi celui-ci aurait-il le droit à la
« vérité que l'on cacherait à la principale intéressée
« et qui du reste finirait bien par en obtenir l'aveu.

« Réserves faites d'exceptions possibles qui doivent
« être laissées au jugement du chirurgien, j'ai donc
« tendance à garder le silence et je ne me suis jamais
« repenti d'avoir adopté ce mode de conduite. »

Malgré la bonne intention qui l'anime, nous ne pouvons pas accepter la conclusion de M. Vanverts. Si le sacrifice de la fécondation a dû être fait, c'est qu'il existait des raisons impérieuses pour cela; le chirurgien qui les a jugées telles doit les dire et les faire accepter.

La malade, qui dans le sommeil anesthésique s'abandonne totalement aux mains d'un chirurgien, en lui témoignant ainsi de la foi qu'elle a dans sa conscience professionnelle et sa loyauté, a droit à la vérité; la dissimuler serait un abus de confiance.

CONCLUSIONS

I. — La véritable chirurgie conservatrice dans les annexites est celle qui s'adresse *aux lésions bilatérales* tubo-ovariennes. Le terme de conservateur doit être réservé aux interventions qui respectent des organes malades et non des organes sains.

II. — Les opérations conservatrices se divisent en deux grands groupes :

- 1° Les opérations permettant la fécondation;
- 2° Les opérations ménageant la sécrétion endocrine seulement.

III. — Les *interventions permettant la fécondation* sont :

- 1° Portant sur l'ovaire (ponction, énucléation, résection);
- 2° Portant sur la trompe (salpingolysis, salpingographie, salpingotomie, salpingostomie, résection, amputation, réimplantation tubaire, assèchement tubaire par aspiration).

Ces interventions peuvent se combiner entre elles et avec la castration unilatérale; elles peuvent être également « croisées » (conservation de la trompe droite et de l'ovaire gauche, par exemple).

Les *méthodes nouvelles d'exploration intra-tubaire*, telles que *l'insufflation* par la méthode de Rubin et *l'injection intra-utérine de lipiodol*, rendront peut-être de grands services pour le diagnostic préalable des lésions et pour l'appréciation des résultats.

IV. — Les *interventions conservant la sécrétion endocrine* sont les suivantes :

a) *Permettant la menstruation* : Conservation de l'utérus et des ovaires ou d'un ovaire (salpingectomie sous-séreuse (Villard), hystérectomie fundique ou subtotala haute avec conservation ovarienne);

b) *Ne permettant plus la menstruation* : Conservation de l'ovaire ou de l'utérus seul.

V. — Les *transplantations intra-utérines* d'ovaires (Tuffier, W. Estes) et les *greffes ovariennes* s'adressent aux deux variétés de conservation précédentes.

VI. — L'*analyse de 112 observations* conservatrices pratiquées à la Clinique gynécologique de Lyon par le Professeur Villard et ses élèves pour des annexites bilatérales nous a donné les résultats suivants :

a) GRAVITÉ OPÉRATOIRE : des plus minimes (1 décès post-opératoire sur 112 cas).

b) SANTÉ GÉNÉRALE : sur les 112 cas, 100 opérées, dans un délai relativement court, ont pu reprendre une vie normale, se déclarer guéries et travailler régulièrement (85 % de ces femmes étant obligées de travailler pour vivre). Nous notons, d'autre part, 11 échecs, dont 1 décès dû à une appendicite aiguë concomitante, 3 cas ayant nécessité une hystérectomie

consécutive et 7 mauvais résultats dans lesquels les opérées ont continué à souffrir ou à présenter des troubles divers (métrite, métrorragies).

c) FÉCONDATION : notre statistique à ce sujet porte sur 81 observations, qui se détaillent ainsi : 10 cas de castration unilatérale avec intervention sur l'ovaire opposé, 3 cas d'évacuation de pus par aspiration intra-tubaire du côté conservé, 25 castrations unilatérales avec salpingolysis de l'autre annexe, 15 cas de castration unilatérale avec restauration du pavillon tubaire, 20 cas de salpingostomie avec castration unilatérale, 2 salpingostomies doubles, 2 amputations et 1 réimplantation tubaire, 2 opérations croisées et enfin 2 opérations complexes avec myomectomie. Sur ces 81 observations nous avons noté 6 *grossesses certaines* et 3 douteuses.

d) MENSTRUATION ET SÉCRÉTION INTERNE : nous enregistrons à ce sujet :

i) *Conservation de l'utérus et de l'ovaire en totalité ou partiellement* : 19 cas, dont 14 pour conservation de l'utérus avec ovaire ou fragment d'ovaire restant, 2 hystérectomies fundiques, 2 hystérectomies subtotaux hautes et 2 greffes ovariennes intra-épiploïques. Dans 16 observations, la menstruation est demeurée normale et il n'y a pas eu de troubles de la ménopause. Il y a eu échec dans 3 cas.

ii) *Conservation de l'utérus seul* : sur 9 cas, nous notons 8 bons résultats avec troubles de ménopause chirurgicale insignifiants et conservation du sens génésique normal; 2 opérées présentent une menstruation régulière inattendue.

VII. — Les *indications opératoires* dans les *lésions infectieuses bilatérales des annexes* doivent être précisées ainsi :

Toujours conserver *le maximum de fonction* en considérant qu'il s'agit de lésions *inflammatoires* susceptibles de régression.

Ne pratiquer, dans aucun cas, d'*ablations préventives* telles par exemple que l'ablation d'une trompe encore perméable par crainte de sa fermeture ultérieure.

On s'efforcera *successivement* et *régressivement* :

1° De ménager ou de rétablir la fonction de reproduction;

2° De conserver la menstruation;

3° De conserver tout ou partie seulement de l'utérus, les troubles subjectifs et fonctionnels étant en rapport direct avec l'étendue de la conservation.

Lorsqu'en présence des lésions on devra « battre en retraite », il faudra le faire par *échelons successifs* aussi rapprochés que possible.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

VILLARD.

Pour le Doyen, l'Assesseur,

ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 mai 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Il nous est impossible de faire une bibliographie complète : nous ne rapportons ici que les travaux les plus importants et ceux auxquels il est fait allusion dans notre travail. Seules, les publications postérieures à 1914 seront notées : pour celles plus anciennes, il sera facile de se reporter aux bibliographies des thèses antérieures que nous indiquons. (Cf. particulièrement à ce sujet la thèse de Convert, Lyon, 1914.)

I. — Principales thèses françaises relatives à la question

(Par ordre alphabétique)

- ABRANT. — Etude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophoro-hystérectomie. (*Th. Paris*, 1899.)
- ARMAND. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites. (*Th. Lyon*, 1911.)
- ASTÉRIADÈS. — Des salpingites basses formes douloureuses des salpingites. (*Th. Lyon*, 1920.)
- AYROLLES. — La salpingo-ovaro-syndèse. (*Th. Paris*, mars 1899.)
- BLAGNY. — De la salpingectomie avec ovariectomie partielle. (*Th. Paris*, 1899.)
- BONNAUD (Lucie). — Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle. (*Th. Lyon*, 1912-1913.)

- BONTEMPS. — Les adénomyomes de la trompe utérine. (*Th. Paris*, 1919-1920.)
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. (*Th. Paris*, 1896.)
- CHARLAUNE. — Hystérectomie et suppurations pelviennes; totale ou supra-vaginale? (*Th. Paris*, 1920.)
- DENAVE. — Contribution à l'étude de la salpingectomie. (*Th. Lyon*, 1912-1913.)
- DEVOUASSOUX. — De la conservation de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double. (*Th. Paris*, 1903-1904.)
- FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme. (*Th. Lyon*, 1908.)
- GAUDART D'ALLAINES. — Hystérectomie fundique. Technique, indications, résultats. (*Th. Paris*, 1922.)
- GUÈS (Mme). — Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites. (*Th. Toulouse*, 1902.)
- JARSAILLON. — La salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes. (*Th. Lyon*, 1899.)
- KOVATCHEVITCH. — Résultats éloignés de la fundique. (*Th. Paris*, 1924.)
- Küss. — Vaccinothérapie dans les annexites. (*Th. Paris*, 1920-1921.)
- LEMBERT (Marie-Louise). — Considérations sur les rapports entre certains états gynécologiques et les états mentaux. (*Th. Lyon*, 1908-1909.)
- MONTANA. — Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les annexes. (*Th. Paris*, 1899.)
- MORICE. — Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie. (*Th. Paris*, 1924.)
- MOULONGUET-DOLÉRIS. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain. (*Th. Paris*, 1923.)
- OLIVIER. — Le traitement de la tuberculose annexielle. (*Th. Lyon*, 1911-1912.)
- PY. — Avantages du traitement conservateur dans les salpingites. (*Th. Montpellier*, 1909.)
- RÉMUSAT. — Contribution à l'étude du traitement des salpingo-ovarites chroniques. (*Th. Montpellier*, 1910-1911.)

- ROBERT. — Les résultats des opérations conservatrices dans les annexites chroniques. (*Th. de Montpellier*, 1911-1912.)
- SAUVÉ. — Greffes ovariennes envisagées au point de vue de la pratique chirurgicale. (*Th. Paris*, 1909.)
- SCHEURER. — La greffe ovarienne. Résultats cliniques et thérapeutiques. (*Th. Paris*, 1909-1910.)
- TISSIER. — Contribution à l'étude des réactions salpingées connexes des tumeurs utérines. (*Th. Paris*, 1920-1921.)
- TUSSEAU. — Contribution à l'étude des greffes d'organes : l'ovario-greffe. (*Th. Lyon*, 1913.)
- ZALESKI. — Résultats éloignés après dix ans des oophorectomies et des hystérectomies. (*Th. Paris*, 1914.)
- ZAHER. — Des greffes ovariennes. (*Th. Montpellier*, 1913.)

II. — Principaux Congrès et Sociétés scientifiques où la chirurgie conservatrice des annexes a été étudiée

(Par ordre chronologique)

- Congrès de Gynécologie*. Rome, 1902. (Traitement de la tuberculose annexielle.)
- XIV^e *Congrès international de Médecine*. Madrid, 1903. Communication de Boursier, (Des opérations conservatrices dans les ovarites scléro-kystiques.)
- Société de Chirurgie de Paris*, 7 juin 1905. Discussion de la communication de Tuffier. (Faure, Delbet, Legueu et Routier.)
- Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1907. Doléris : de la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. (Discussion : Schwartz, Routier, Delbet, Siredey, Lepage, Leguen, Pinard.)
- Société chirurgicale de Paris*. Discussion de la communication de Tuffier sur les greffes ovariennes. (Mauclaire, Souligoud, Walter, Lucas-Championnière, Potherat, Segond, Quénu.) *Bull. et Mém. Société chir. Paris*, 1909, p. 179.)

V^e *Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie.*
Saint-Petersbourg, 1910. (Wertheim, A. Martin, Préobrajensky, de Ott...)

Congrès national français d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, Toulouse, 1910. Analyse in *Revue Gyn.*, p. 179.
(Traitement des salpingo-ovarites chroniques.)

Société Gynécologique américaine, mai 1911. Communication
de Diskinson. (Behavior of the ovary after removal
of the utérus.)

Salpingostomy and pregnancy. (Discussion : Thomas Watkins, Franklin-Martin, Wesley, Bovee, Diskinson), in
Surg. Gym. and Obst., 1911, XIII, N^o 1.)

XV^e *Congrès de la Société Obstétricale de France*, Funck-Brentano et Plauchu. (Traitement de la stérilité chez
la femme.) Paris, octobre, 1912.

XXV^e *Congrès de l'Association française de Chirurgie*, 1912,
Voronoff (Nice) (La greffe des ovaires.)

XVII^e *Congrès international des Sc. Méd.*, Londres, 1913.
Communication Beuttner. (Opérations dans des cas
d'inflammations chroniques des annexes.)

V^e *Congrès de la Société Russe de Gynécologie et d'Obstétrique*, Charkoff, déc. 1913. Le traitement chirurgical
des annexites. (Kakouchkine, Krivsky, Orloff, Bourdzinsky.)

*Conservative opérations on the ovaries including a report
on 112 cases.* *American Journal of Obstetrics*, 1913,
N^o 1. Humiston. (Discussion : Goldsporn, Reder, Opantzer.)

Société Nationale de Médecine, Lyon, mars 1914,

PLAUCHU. — Cas de grossesse après interventions partielles
sur les annexes.

GOUILLOUD. — Salpingolysis pour stérilité. *Soc. Méd. Lyon*,
1914.)

I^{er} *Congrès de Gyn. et Obst. de langue française.* Bruxelles,
Sept. 1919. De l'hystérectomie dans les annexites sup-
purées. Rapporteur : J.-L. Faure et L. Bégouin.

Soc. Méd. Lyon, 1920, les greffes ovariennes, Leriche.

Soc. Chir. Lyon, Absès froid tubaire, Patel, 1920.

Soc. Belg. Gyn. et Obst. (M. Cheval, Rouffart), 1921. L'ovaire
laissé *in situ* après hystérectomie.

- Soc. Belge Gyn. et Obst.* (De Bruyne, M. Cheval). Juin, 1922.
Sur les indications des greffes ovariennes.
- Soc. Belge Gyn. et Obst.* S. Currier, juillet 1923. Présentation
d'un appareil réduit pour insufflation intratubaire.
- Soc. Chir. Paris*, juillet 1925, P. Mocquot. Examen radiolo-
gique de la cavité utérine.
- Soc. Chir. Paris*, nov. 1925. Grégoire, la radiologie utéro-
annexielle.

Mémoires et communications de date récente depuis 1914

(Avant, cf. Bibliographies des Thèses antérieures)

- ALDRIDGE (N. York). — Insufflation de l'utérus et des trom-
pes de Fallope par la méthode de Rubin. Statistique
de 600 cas. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, vol. VI, N° 1,
juillet 1923.)
- BROOKE M. ANSPACH. — The préservation of the ovaries in
pelvic Surgery. (*The Atlantic Méd. J.*, N° 10, juillet
1924.)
- W. BLAIR BELL (Liverpool). — Méthodes chirurgicales adop-
tées pour obtenir les bénéfices de la sécrétion interne
de l'ovaire. (*The Lancet*, 1920, tome CXCIX.)
- W. BENTHIN. — Utilisation du pneumopéritoine dans le dia-
gnostic gynécologique. (*Zentralblatt für Gynäkologie*,
1921, tome XLV, N° 32.)
- E.-A. BULLARD. — Résultats de résections des trompes. (*The
Am. J. of Obst. and Diseases of Women and Children*,
mai 1919.)
- CLARK John et NORRIS Ch. — Résultats éloignés de 232 hys-
terectomies supravaginales. (*Surg. Gyn. and Obst.* Chi-
cago, avril 1922.)
- COLIEZ. — Le pneumopéritoine artif. en gynécologie. (*Gyn.
et Obst.* 1921.)
- C. DANIEL (de Bucarest). — De l'état des trompes intersti-
tielles dans les affections utéro-annexielles. (*In Gyn.
et Obst.* 1926, N° 2.)

- DOUAY. — Stérilité d'origine tubaire. (*Gyn. et Obst.* 1925, p. 80.)
- W. ESTES. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Surgery, Gyn. and Obst.*, mai 1925.)
- EHRENFEST. — Conservative tendancies in gynecol. therapy. (*J. Missouri Méd. Ass. Saint Louis*, 1921, XVIII, p. 226.)
- FOLKE-HOLTZ (Stockholm). — Des résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans les salpingo-ovarites chroniques. (*Acta Gynécologica Scandinavica*. 1926, tome IV, et in *Progrès Médical*, sept. 1925.)
- FRIEDLANDER. — Sur le traitement conservateur en gynécologie. (*Klin. therap. Wochenschrift*, Berlin, 1918.)
- GILES. — Conservation gynœcology. (*Brit. Méd. London*, 1923, II, 459.)
- GRAVES (Boston). — Conservation de tissu ovarien après hystérectomie, 300 cas. (*Surg. Gyn. and Obst.* Sept. 1917.)
- H. HARTMANN. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Gyn. et Obst.* 1925, p. 39.)
- HARTMANN, BERGERET et REMILLY. — Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne. (*Gyn. et Obst.* 1920, tome II.)
- HARTUNG. — Contribution à l'homoïotransposition des ovaires. (*Monatsch. für Geburt. and Gyn.*, LXIX, 1925.)
- JACK. — Conservative Surgery of the Fallopian Tubes. (*N. York State J.*, 1917, XVII, p. 443.)
- W. KENNEDY. — Radiography of the Fallopian Tubes. (*American J. and Obst. and Gyn.* Mai 1923.)
- LENORMANT et P. MOULONGUET. — *Gyn. et Obst.* 1920.
- LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES. — Hystérectomie fundique. (*J. Chirurgie*, juin 1922.)
- A. MARIE. — Réflexions sur l'anoovarisme opératoire. (*La Gyn.* XXI, oct. 1922.)
- MAUCLAIRE. — Examen histologique d'un ovaire greffé dans l'épiploon 8 ans auparavant. (*Bull. Soc. Anat.* 1922, p. 167.)
- A. PROBSTNER. — La chirurgie des annexites. (*Zentralblatt für Gyn.* 1922, tome XLVI, N° 7, p. 267.)

- REUBEN PETERSON. — Radiographie après insufflation de la cavité pelvienne. (*Surg. Gyn. and Obst.* 1921, N° 2.)
- Z. RHÉAUME (Montréal). — Résultat éloigné de greffe ovarienne. (*L'Union méd. du Canada*, Tome LIV, N° II, 1925, p. 686.)
- ROUVILLE (de). — A propos de 9 observations d'autogreffes ovariennes humaines. (*Arch. Mensuelles de Gyn. et Obst.* Fév. 1914.)
- W. SCHMID. — Opérations conservatrices sur les annexes. (*Archiv. für Gynaekologie*, 1920, in *J. Chir.* 1920.)
- THÉVENARD. — Inclusion d'un ovaire dans l'utérus partiellement amputé. (*Soc. Chir. Paris*, 4 déc. 1925.)
- THIRIAR-ROUFFART. — *Arch. franco-belges*, 1925, p. 673.
- TUFFIER. — Etude chir. sur 230 greffes ovariennes. (*Bull. de l'Académie méd. Paris*, 1921, N° 30.)
- Traitement conservateur dans les opérations pour salpingites. (*Pr. Méd. Paris*, 1922, p. 654.)
- Implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Pr. Méd.*, mai 1925.)
- J. VANVERTS. — Doit-on le dire ? (*In Gyn. et Obst.* 1926.)
- WALTHER. — Résultats éloignés dans les opérations conservatrices pour annexites. (*J. Méd. et de Chir. prat.* Juin, 1922.)
- WERNER et STIGLBAUER (Vienne). — Du traitement opératoire dans les inflammations pelviennes. (*Arch. für Gyn.* fasc. 2, 1924.)
-

TABLE DES MATIERES

Publications antérieures	9
Introduction	15
Rappel historique	19
CHAPITRE PREMIER. — Exposé des différentes interven- tions conservatrices et de leurs indications particulières	29
A. — Interventions permettant la fécondation....	32
I. — Sur les ovaires.....	32
II. — Sur les trompes.....	35
B. — Interventions ménageant la sécrétion interne des glandes génitales	44
I. — Permettant la menstruation.....	44
II. — Supprimant la menstruation.....	46
C. — Les greffes ovariennes.....	48
D. — Les opérations complexes (appendicectomie, myomectomie associées)	52
Au sujet des méthodes nouvelles de diagnostic et des modes d'exploration de la perméabilité tubaire (pneumopéritoine, insufflation tubaire, injec- tions intra-utérine de Lipiodol).....	55
CHAPITRE II. — <i>Les Observations.</i>	
Généralités	61

A. — Interventions conservatrices ménageant la fécondation (de 1 à 82).....	64
B. — Interventions conservatrices ne ménageant que la menstruation ou la sécrétion interne....	118
Analyse de ces observations et résultats.....	140
CHAPITRE III. — <i>Les Indications</i>	149
Le traitement médical et ses indications.....	150
La castration totale : ses avantages, ses inconvénients	153
Les indications de la chirurgie conservatrice.....	158
1. Dans quelles conditions faut-il intervenir ?....	158
2. L'intervention est décidée. Faut-il pratiquer une opération conservatrice	162
Considérations d'ordre général.....	162
Considérations d'ordre local.....	163
CONCLUSIONS	173
BIBLIOGRAPHIE	177
I. — Principales thèses françaises.....	177
II. — Principaux Congrès et Sociétés scientifiques où la question est traitée.....	179
III. — Communications diverses depuis 1913....	181

